SORIN RIGA DAN RIGA

# STRESOLOGIE, ADAPTOLOGIE ŞI SĂNĂTATE MINTALĂ

Cartea™ Universitară

www.dacoromanica.ro

# STRESOLOGIE, ADAPTOLOGIE

# ŞI

# SĂNĂTATE MINTALĂ

www.dacoromanica.ro

Sorin RIGA Dan RIGA

# STRESOLOGIE, ADAPTOLOGIE

# ŞI

# SĂNĂTATE MINTALĂ

Cartea™ Universitară
Bucureşti, 2008
www.dacoromanica.ro

**Editura Cartea Universitară**
Str. Hiramului nr.11, sector 3, Bucureşti
Telefon: 021 589 1055
e-mail: office@carteauniversitara.ro
www.carteauniversitara.ro
© Copyright Fditura Cartea Universitară

**© Copyright Editura Cartea Universitară, 2008.**
Toate drepturile aparţin editurii Cartea Universitară şi autorilor. Copierea, multiplicarea sau distribuţia lucrării sau a unor părţi din aceasta sunt permise numai cu acordul prealabil scris al editurii şi al autorilor.

Editură acreditată de *Ministerul Educaţiei şi Cercetării* prin
*Consiliul Naţional al Cercetării Ştiinţifice din Învăţământul Superior.*

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României**

**RIGA, SORIN**
**Stresologie, adaptologie şi sănătate mintală** / Sorin Riga, Dan Riga. - Bucureşti : Cartea Universitară, 2008
Bibliogr.
ISBN 978-973-731-546-5

I. Riga, Dan

616.89

www.dacoromanica.ro

*Cu recunoştinţă, dedicăm această carte părinţilor noştri*

*prof. Alexandrina Riga (1910-1991)*
*prof. dr. doc. Ilie Th. Riga (1908-1977)*

*În memoria unui suflet luminos*
*Lidiana Pindic-Blaj (1954-2006)*

www.dacoromanica.ro

# STRESOLOGIE, ADAPTOLOGIE şi SĂNĂTATE MINTALĂ

## CUPRINS

**Partea I – STRESOLOGIE** ..... 1

Capitolul 1. **HANS SELYE - STRES, ADAPTARE, SĂNĂTATE** ..... 3
① Conceptele Hans Selye despre stres, adaptare şi sănătate ..... 3

Capitolul 2. **GLOBALIZAREA STRESULUI** ..... 5
① Caracterizarea globală şi multivalentă a fenomenului de stres ..... 5
② Stres-ul la manageri (cadrele de conducere) devine o problemă mondială ..... 6
Bibliografie selectivă ..... 22

Capitolul 3. **IMPACTUL STRESULUI ÎN SOCIETATEA MODERNĂ** ..... 23
① Globalizarea stresului ..... 23
② Organisme internaţionale de studiu al stresului ..... 24
Bibliografie selectivă ..... 25

Capitolul 4. **MONDIALIZAREA MEDICINEI STRESULUI** ..... 27
① Globalizarea medicinei stresului ..... 27
② Strategia internaţională în stresologie ..... 27
Bibliografie selectivă ..... 30

Capitolul 5. **CERCETAREA STRESULUI ÎN ROMÂNIA** ..... 31
① Multivalenţa şi interdisciplinaritatea stresului ..... 31
② De la fiziologie, ergonomie şi palestrică la medicina stresului ..... 32
③ Cercetări avansate în stresologie şi medicina anti-îmbătrânire ..... 34
Bibliografie selectivă ..... 38

www.dacoromanica.ro

Capitolul 6. **STRESUL - FENOMEN, FACTORI, PROCES, SISTEM, CONSECINȚE** ..... 41
① Stresul şi personalitatea umană ..... 41
② Stresul ca fenomen şi sistem ..... 41
Bibliografie selectivă ..... 43

Capitolul 7. **ANALIZA STRESORILOR** ..... 45
① Clasificarea stresorilor şi stresului ..... 45
② Stresul în ICD-10, WHO, 1992 ..... 47
③ Stresul în DSM-IV-TR, APA, 2000 ..... 50
Bibliografie selectivă ..... 52

Capitolul 8. **DIAGNOSTICUL SI EVALUAREA STRESULUI** ..... 53
① Evaluarea stresului ..... 53
② Profilul de Stres Wheatley (W.S.P.)
Ariile (domeniile) de stres ..... 54
③ Profilul de Stres Wheatley (W.S.P.)
Măsurare, arii, scor şi cantitatea de stres ..... 68
Bibliografie selectivă WSP
(descrierea Manualului şi aplicarea în România) ..... 72

Capitolul 9. **TULBURĂRI STRES-DEPENDENTE - ÎN REGISTRU ACUT -** ..... 73
① F 43 - Reacție la stres sever şi tulburări de adaptare (ICD-10) ..... 73
② F 23.x1 - Tulburări psihotice acute şi tranzitorii (ICD-10) ..... 73
Bibliografie selectivă ..... 77

Capitolul 10. **TULBURĂRI STRES-DEPENDENTE - ÎN REGISTRU CRONIC -** ..... 79
① F 48 - Alte tulburări nevrotice (ICD-10) ..... 79
② Oboseală, surmenaj, (psih)(neur)astenie, epuizare (ICD-10) ..... 84
③ Simptom, Sindrom, Tulburare ..... 86
Bibliografie selectivă ..... 90

Capitolul 11. **TULBURĂRI SOMATOFORME ŞI MEDICINA PSIHOSOMATICĂ** ..... 93
① Tulburările somatoforme ..... 93
② Medicina psihosomatică ..... 96
Bibliografie selectivă ..... 100

www.dacoromanica.ro

**Partea II – ADAPTOLOGIE** ..... 103

Capitolul 1. **ADAPTARE, COPING/MAL-ADAPTARE, TULBURĂRI DE ADAPTARE** ..... 105
① Definiții, concepte, aforisme și sentințe ..... 105

Capitolul 2. **HOMEOSTAZIE, ALOSTAZIE, VITALITATE ŞI VULNERABILITATE** ..... 109
① Homeostazia și heterostazia ..... 109
② Alostazia și încărcarea alostatică ..... 111
③ Vitalitate (redundanță structurală, rezerve funcționale) și vulnerabilitate ..... 112
Bibliografie selectivă ..... 112

Capitolul 3. **BINOMUL STRESULUI = DISSTRES + EUSTRES** ..... 115
① Binomul și raportul disstres/eustres ..... 115
② Caracterizarea/dimensiunea eustres-ului ..... 116
③ Caracterizarea/dimensiunea disstres-ului ..... 117
④ Balanța zilnică: disstres/eustres ..... 117
Bibliografie selectivă ..... 119

Capitolul 4. **SINDROMUL GENERAL DE ADAPTARE (DISSTRES ŞI ADAPTARE)** ..... 121
① Sindromul general de adaptare ..... 122
② Patologia sindromului general de adaptare ..... 124
Bibliografie selectivă ..... 126

Capitolul 5. **CAPACITATEA DE A FACE FAȚĂ (COPING, ANTI-STRES)** ..... 127
① Definirea, structurarea și caracterizarea copingului ..... 128
② Modelul tranzacțional al stresului ..... 129
③ Niveluri și mecanisme de apărare psihologică ..... 129
Bibliografie selectivă ..... 132

www.dacoromanica.ro

Capitolul 6. **COMPORTAMENT, TEMPERAMENT, PERSONALITATE / DISSTRES ŞI ADAPTARE** ..... 133
① Comportamentul adaptat în managementul disstresului ..... 133
② Tipologii ale comportamentului ..... 135
③ Tipurile psihologice extravertit (extrovertit) şi introvertit ..... 136
④ Cele 8 tipuri psihologice în tipologia jungiană ..... 139
⑤ Cele 16 tipuri psihologice Myers-Briggs ..... 140
⑥ Cele 4 grupuri de temperamente Keirsey ..... 143
⑦ Tipurile comportamentale A, B, AB, C şi D ..... 145
Bibliografie selectivă ..... 151

Capitolul 7. **EVALUAREA ADAPTĂRII (IMPACTUL ŞI DEPĂŞIREA DISSTRESULUI)** ..... **153**
① Scala de evaluare a readaptării sociale ..... 153
② Scala de autoevaluare a adaptării sociale ..... 156
Bibliografie selectivă ..... 160

Capitolul 8. **TULBURĂRI DE ADAPTARE (ÎN PLAN PSIHO-SOCIAL)** ..... 161
① F 43.2 - Tulburări de adaptare: caracterizare şi clasificare comparativă ..... 161
② Definirea etiologiei psihopatogene şi ghid diagnostic ..... 163
Bibliografie selectivă ..... 164

Capitolul 9. **TETRADA DEZADAPTĂRII ŞI BOLILOR (ÎN PLAN BIO-PSIHO-SOCIAL)** ..... 165
① O nouă paradigmă în medicină, profilaxie şi terapeutică ..... 166
② Concepte bio-medicale care converg către această paradigmă ..... 166
③ Tetrada entropică: disstres ↔ uzură ↔ îmbătrânire ↔ polipatologie .. 167
④ Determinarea etio-patogenică a tetradei ..... 170
⑤ Diagnosticul şi evaluarea cascadei: nocivitate şi intensitate ..... 175
⑥ Mecanisme de bază în sanogeneză şi în promovarea sănătății (mintale) .... 177
Bibliografie selectivă ..... 178

www.dacoromanica.ro

**Partea III - SĂNĂTATE MINTALĂ** ..... 183

Capitolul 1. **SĂNĂTATEA MINTALĂ CA DIMENSIUNE A SĂNĂTĂȚII** ..... 185
① Abordări, definiții și conepte ..... 185

Capitolul 2. **SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN SOCIETATEA MODERNĂ** ..... 187
① Sănătatea mintală ca problemă globală ..... 187
② Organizația mondială a sănătății (WHO / OMS) ..... 189
③ Uniunea Europeană (UE) ..... 191
④ România ..... 192
Bibliografie selectivă ..... 194

Capitolul 3. **SĂNĂTATEA MINTALĂ ȘI SĂNĂTATEA PUBLICĂ** ..... 197
① Sănătate mintală și sănătate publică ..... 198
② Interrelația sănătate (mintală) ⇔ stres ..... 200
③ Prevenția - rol esențial în sănătatea publică ..... 202
Bibliografie selectivă ..... 203

Capitolul 4. **EVALUAREA SĂNĂTĂȚII, SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI LONGEVITĂȚII** ..... 205
① Evaluarea sănătății, sănătății mintale și longevității ..... 207
② Evaluarea sănătății mintale (prin funcționarea globală, relațională, socială și profesională) ..... 214
Bibliografie selectivă ..... 220

Capitolul 5. **DEZVOLTAREA ȘI CONSOLIDAREA SĂNĂTĂȚII MINTALE** ..... 221
① Schimbarea conceptelor, modelelor și strategiilor ..... 222
② Sanogeneză și sănătate mintală ..... 224
③ Dezvoltarea și consolidarea sănătății mintale ..... 226
④ Managementul disstresului prin (auto) controlul emoțional (stăpânirea de sine, inteligența emoțională) reflectat în filozofia și înțelepciune lumii 230
Bibliografie selectivă ..... 231

www.dacoromanica.ro

Capitolul 6. **SĂNĂTATE MINTALĂ, ADAPTARE ANTI-STRES ŞI LONGEVITATE (PERSPECTIVĂ ANTROPOLOGICĂ ŞI BIO-PSIHO-SOCIALĂ)** ..... 233
① Sănătate şi adaptare în ontogeneza umană ..... 234
② Managementul sănătăţii şi longevităţii ..... 237
③ Optimizarea relaţiei cu propria persoană ..... 240
④ Optimizarea relaţiei cu mediul exterior ..... 243
Bibliografie selectivă ..... 249

Capitolul 7. **TERAPII MODERNE DE ADAPTARE ŞI ACTIVARE ANTI-STRES (OXIDATIV ŞI BIOLOGIC)** ..... 253
① Diagnostic şi evaluare globală ..... 254
② Personalizarea (individualizarea) terapiilor anti-stres/de adaptare ..... 255
③ Magneziul în stres/boală şi adaptare/terapie ..... 256
④ Terapii metabolice (ortomoleculare) de adaptare/activare anti-stres ..... 257
⑤ Sănătate mintală şi managementul anti-stres ..... 260
Bibliografie selectivă ..... 264

www.dacoromanica.ro

## Partea I - STRESOLOGIE

Capitolul 1. **Hans Selye - Stres, adaptare, sănătate**

Capitolul 2. **Globalizarea stresului**

Capitolul 3. **Impactul stresului în societatea modernă**

Capitolul 4. **Mondializarea medicinei stresului**

Capitolul 5. **Cercetarea stresului în România**

Capitolul 6. **Stresul - fenomen, factori, proces, sistem, consecințe**

Capitolul 7. **Analiza stresorilor**

Capitolul 8. **Diagnosticul si evaluarea stresului**

Capitolul 9. **Tulburări stres-dependente - în registru acut**

Capitolul 10. **Tulburări stres-dependente - în registru cronic**

Capitolul 11. **Tulburări somatoforme şi medicina psihosomatică**

www.dacoromanica.ro

## Capitolul 1. **HANS SELYE - STRES, ADAPTARE, SĂNĂTATE**

### ① Conceptele Hans Selye despre stres, adaptare şi sănătate

*Să eviţi stresul, înseamnă să eviţi viaţa.*

*Adaptabilitatea (adaptarea) este probabil caracteristica cea mai specifică a vieţii.*

*Omul modern trebuie să stăpânească stresul său şi să înveţe să se adapteze,*
*altfel (în caz contrar) va fi sortit eşecului profesional, bolii şi morţii premature.*

*Cele mai interesante aspecte privind necesitatea înnăscută a ritmurilor reies ... din legătura cu cele trei faze ale sindromului general de adaptare - faza de alarmă, de rezistenţă şi de epuizare -*
*care, chiar de mai multe ori pe zi, reflectă la scară redusă ciclicitatea,*
*iar întreaga viaţă a omului ilustrează procesul complet.*

*Cele trei faze succesive (ale sindromului general de adaptare) care se repetă de-a lungul întregii vieţi, de fiecare dată când ne aflăm în faţa unei solicitări, seamănă surprinzător*
*cu nesiguranţa copilăriei, lipsite de experienţă,*
*cu rezistenţa solidă a maturităţii şi*
*cu epuizarea finală şi moartea ce survin la bătrâneţe.*

*Într-un sens strict medical, stresul este preţul (măsura, rata) uzurii la care o fiinţă în viaţă este expusă în orice moment.*
*În contrast, îmbătrânirea apare să reflecte suma tuturor stresurilor, care au acţionat asupra omului în timpul vieţii.*

*Cea mai mare provocare a umanităţii în prezent este de a găsi o filozofie a vieţii, un cod de comportament, care să confere o bună orientare,*
*nu pentru a evita stresul (ceea ce este imposibil),*
*ci pentru a-i face faţă cu scopul de a dobândi sănătate, viaţă lungă şi fericire.*

**Prof. Dr. Hans SELYE** (1907-1982).

- fondatorul conceptului de stres şi de stresologiei (medicina stresului)
- creatorul International Institute for Stress Research, Montreal, Canada

www.dacoromanica.ro

## Capitolul 2. **GLOBALIZAREA STRESULUI**

*Luaţi o hartă: observaţi că universul*
*nu este limitat la cartierul în care locuiţi.*

**Voltaire** (1694-1778 d.Hr.),
*Défense de „Louis XIV" contre l'auteur des „Ephémérides"*

### ① Caracterizarea globală şi multivalentă a fenomenului de stres

În societatea contemporană **stresul** reprezintă - în relaţie etio-patogenică - principala „interfaţă" (veriga princeps), care cuplează sănătatea mintală (sanogeneza psihică) cu psihopatologia subclinică (vulnerabilitate, anxietate, depresie, oboseală cronică, scăderea capacităţilor cognitive), (7). Agravarea **stresului** - amplificarea în intensitate şi/sau durată şi concomitenţă multi-stres - transformă nivelul subclinic în boli de adaptare, psihiatrie clinică (tulburări psihice şi de comportament), afecţiuni psiho-somatice şi patologie **stres**-dependentă (2, 3, 4, 5, 6, 7). De aceea, **stresul** şi consecinţele sale negative provoacă serioase pagube în plan direct şi indirect, atât asupra individului cât şi în întreaga societate (1, 2, 7).

Agravarea - multiplicarea **stresului,** consecinţele sale profund negative şi creşterea alarmantă a tulburărilor psihice preocupă societatea românească, deosebit de vulnerabilă la această agresiune (îmbătrânirea populaţiei, resurse modeste faţă de ţările europene dezvoltate, tranziţie prelungită, costuri mari impuse de integrarea euro-atlantică, schimbări profunde în toate planurile: sociale, educaţionale, profesionale, organizaţionale, administrative, legislative, economice etc.).

În plus, în dinamica globalizării-mondializării, triada - factorii care generează **stres, stresul** (psihic, oxidativ şi biologic), cu patologia **stres**-dependentă, şi consecinţele sale negative directe şi indirecte - devine „inamicul public nr. 1" al planetei la începutul mileniului III: accelerarea dezvoltării (vitală pentru progresul socio-economic), recuperarea decalajelor de către ţările sărace şi în curs de dezvoltare; societatea înalt concurenţială şi tehnologizată, revoluţia informaţională şi globalizarea comunicării; sărăcia, lipsa apei (potabile) şi hranei; droguri şi alcoolism, violenţă, criminalitate, terorism şi războaie; creşterea demografică constantă şi dezechilibrul major produs prin scăderea permanentă a resurselor planetare, supraaglomerările urbane, poluarea, deşertificarea, modificările climei, încălzirea globală (efectul de seră) etc.

Caracterizarea globală şi multivalentă a fenomenului de **s t r e s** în dinamică etio - patogenică - terapeutică, cuprinde (7):

- secvenţa socio-psiho-medicală - impactul **stresului** în societate şi binomul sănătate mintală / **stres;**
- dimensiunea ontogenetică - **stresul** în copilărie, adolescenţă, la adult şi vârstnic, în condiţii de activitate - muncă şi de boală - patologie **stres**-dependentă;
- aria profilactică-terapeutică - reducerea vulnerabilităţii, managementul **stresului,** terapii etio-patogenice, metabolice, ortomoleculare **anti-stres.**

www.dacoromanica.ro

Pentru a demonstra obiectiv mondializarea stresului, produsă deja de la nivelul anilor 1970-1980, reproducem un studiu internațional de referință: Prof. Cary COOPER, Jules ARBOSE, **Executive stress goes global,** *International Management,* vol. 34, no. 5, pp. 42-48, mai **1984** (1), (traducere - prelucrată, adaptată și comentată).

Prof. Cary L. Cooper este o autoritate mondială în domeniu, profesor de psihologie organizațională la Department of Management Sciences of the University of Manchester Institute of Science and Technology în Anglia, autor a numeroase lucrări și tratate de stresologie, citate și în prezenta monografie.

Referința cercetării (multi-națională și trans-culturală, 10 țări) este dublă:

- în stresologie (stresul profesional, stresul în muncă), cât și
- în management (stresul cadrelor de conducere, stresul directorilor executivi).

Lucrarea analizează multi-factorial stresul cronic al conducătorului (managerului, liderului), ca rezultat al excesului de disstres (stres negativ), agravat de deficitul de eustres (stres pozitiv).

Stresul este evaluat (măsurat) în legătură directă cu instabilitatea, vulnerabilitatea/stabilitatea, rezistența la nivel psihic/mental.

**② Stres-ul la manageri (cadrele de conducere) devine o problemă mondială.**

**Un studiu internațional aprofundat relevă că stresul - maladia specifică personalului de conducere (managerilor, directorilor executivi) numită și „boala secolului XX" este departe de a fi limitată la țările vestice, industrializate și cuprinde practic tot globul.**

**Simptomele stres-ului,** cum sunt rata înaltă a absenteismului și fluctuația forței de muncă, **costă industria miliarde de dolari anual. Numai în SUA, bolile provocate de stres (patologia stres-dependentă),** cum ar fi ulcerele, maladiile cardiace, migrenele etc. **costă industria echivalentul a 3% din produsul național brut.✪**

Studiile efectuate în alte țări vestice au stabilit că bolile induse de stres produc pierderi în zile de lucru de 5 (cinci) până la 10 (zece) ori mai mari decât cele provocate de mediul industrial.

În pofida costului ridicat, abia în ultimii ani **corporațiile** au devenit **conștiente de efectele dezastruoase ale stres-ului** la care sunt supuse **cadrele de conducere,** asupra calității muncii acestora și asupra rezultatelor finale. Mai mult, **așa numita „boală a șefului"** a fost mult timp considerată un fenomen strict legat de lumea vestică, industrializată.

---

✪ 3% din Produsul Național Brut (PIB) al SUA în anul fiscal 1983-1984 reprezintă:

① mai mult de jumătate din cheltuielile SUA pentru înarmare (5,8% din PIB) și

② pierderi de peste 200 miliarde dolari/anual (la nivelul anului 1984).

www.dacoromanica.ro

O cercetare globală, multi-națională efectuată de prestigioasa Revistă **INTERNATIONAL MANAGEMENT** asupra stres-ului la cadrele de conducere, probabil **primul studiu comparativ efectuat la scară mondială,** spulberă acest mit.

Evauarea **efectuată în 10 (zece) ȚĂRI din ÎNTREAGA LUME** şi care a înregistrat o rată a răspunsurilor de 38% (cel mai înalt nivel de răspunsuri realizat în ultimii şapte ani) **arată că stres-ul la cadrele de conducere,** nu numai **că a atins cote critice** în țările în curs de dezvoltare, dar că incidența lui este alarmantă, în special în nou industrializata Japonie.

Studiul oferă - la nivel internațional - prima analiză calitativă a presiunilor (stresului) la care sunt supuse cadrele de conducere, ce îşi desfăşoară activitatea într-un climat de schimbări rapide în domeniile social, tehnologic şi economic în următoarele 5 (cinci) țări:

- **BRAZILIA,**
- **NIGERIA,**
- **EGIPT** şi
- **SINGAPORE,**
- precum şi **JAPONIA.**

Şi se demonstrează pentru prima dată impactul pe care aceste presiuni îl au asupra stării fizice şi mintale a cadrelor de conducere.

Cadrele de conducere din toate cele 5 (cinci) țări, prezintă o incidență mai mare de simptome şi tulburări induse de stres şi o tendință mai accentuată către instabilitate mintală, decât din celelalte 5 (cinci) țări înalt industrializate cuprinse în acest studiu internațional:

- **STATELE UNITE ale AMERICII (SUA),**
- **MAREA BRITANIE,**
- **SUEDIA,**
- **GERMANIA (de VEST) şi**
- **AFRICA de SUD.**

Bazat pe instrumente multi-axiale standardizate pentru evaluarea complexă a stării de sănătate mintală, studiul furnizează pentru prima dată indici comparativi de sănătate mintală a cadrelor de conducere de pe cinci continente (Graficul 1).

De asemenea, cercetarea indică, din nou pentru prima oară, proporția cadrelor de conducere din fiecare din cele 10 țări studiate, care prezintă un grad înalt de instabilitate mintală (Graficul 2).

În continuare, studiul pune în evidență nivelurile naționale diferite de insatisfacție profesională (Graficul 3), care sunt indicatori de stres.

În sfârşit, cercetarea relevă ceea ce cadrele de conducere consideră a fi surse principale de stres (Tabelul 4).

www.dacoromanica.ro

## 1. JAPONIA

Una din cele mai surprizătoare descoperiri ale studiului este aceea a **nivelurilor relativ înalte ale stres-ului suportat de cadrele de conducere japoneze,** care par să sufere din cauza cererilor de a menține dezvoltarea într-o lume tot mai ostilă. Dintre țările industrializate studiate, **totalul celor 3 categorii de tulburări mintale cumulează nivelul cel mai ridicat în Japonia, une găsim procentul cel mai ridicat de manageri care prezintă semne de instabilitate psihică potențială.**

Simptomele de stres sunt chiar mai relevante la subiecții care prezintă un nivel înalt de **insatisfacție profesională**. Peste 1/3 din directorii executivi japonezi care au răspuns testului afirmă că ei simt adeseori că fiecare zi de lucru nu se mai termină niciodată, iar 42,5% (față de 16,2% media celor 10 țări) admit că adeseori trebuie să „tragă" de ei pentru a merge la lucru. Peste 1/2 din conducătorii japonezi spun că **beau unul sau mai multe pahare de băuturi alcoolice pe zi, iar aproape 1/3 fumează de la 11 țigări în sus pe zi.** Un alt semn de stres îl constituie numărul mare de japonezi (26,9%) chestionați care consideră că interesul lor sexual s-a diminuat - un aspect obișnuit la cadrele de conducere suprasolicitate, care tind să-și orienteze libido-ul lor către muncă, în dauna vieții sexuale. Acesta este cel de-al doilea record național, comparat cu media de 19,3% realizată de toate cele 10 țări studiate.

Ca în majoritatea celorlalte țări, **rata de suprasolicitare și criza de timp produse** de termene prea scurte pentru realizarea lucrărilor se desprind a **fi cele mai mari surse de stres în Japonia.**

A treia sursă de stres pentru 32,8% din cadrele de conducere japoneze o constituie **ținerea pasului cu noile tehnologii** (un semn că ritmul de înaintare în fruntea competitorilor vestici începe să se apropie de nivelul maxim).

Imaginea comună a directorilor japonezi neobosiți și care nu se plâng de nimic este cu ușurință înlăturată prin descoperirea că 26,1% dintre japonezii chestionați și care au răspuns, au oroare de zilele prelungite de lucru.

O deteriorare a spiritului de echipă din corporațiile japoneze este evidentă din procentul relativ ridicat (29,8) al managerilor care consideră relațiile interpersonale drept un factor de stres la locul de muncă.

Rezultatele studiului vin în sprijinul concluziei neîndoielnice că principiul „numai-muncă, nu-distracție, relaxare, odihnă" din țara soarelui-răsare, caracteristic întreprinderilor japoneze, ar putea fi într-adevăr în declin, chiar și printre oamenii de afaceri japonezi itineranți, impecabil îmbrăcați care au devenit o privelişte familiară în sălile de consiliu și în sălile de așteptare ale aeroporturilor din întreaga lume. „Eu nu am comunicații corespunzătoare cu centrala și adeseori am sentimentul că sunt părăsit" se plânge unul dintre japonezii chestionați. „Centrala nu este consecventă în ce privește politicile sale pe termen scurt și pe termen lung, legate de operațiunile mele în străinătate".

Un alt cadru de conducere japonez avertizează: „Cea mai periculoasă și mai acută problemă în întreprinderile japoneze este aceea că șefii de compartimente (servicii, birouri, oficii etc.) sunt forțați să aloce întregul lor timp muncii, rămânându-le puțin timp pentru activități sociale și pentru responsabilitățile lor familiale. Din acest motiv, această categorie de șefi se întreabă dacă ei într-adevăr sunt stăpâni pe propria lor viață. Nesiguranța mintală trebuie să fie mare".

www.dacoromanica.ro

## 2. STATELE UNITE ale AMERICII

**„Stres-ul este proporţional cu teritoriul”,** remarcă unul dintre **managerii americani,** sintetizând **sentimentul general** al compatrioţilor săi că **stres-ul este endemic la nivelul conducerii.**

Iar în general, **americanii par a fi pus sub control stres-ul,** ocupând **locul al treilea în ceea ce priveşte nivelul cel mai scăzut al simptomatologiei de stres** şi având **cel mai redus procent (zero) de cadre de conducere care prezintă riscuri de instabilitate psihică.** Probabil că, **fetişismul americanilor în ce priveşte sănătatea - care pentru restul lumii poate părea puţin hipocondriac,** precum şi facilităţile pentru îngrijirea sănătăţii şi **consultanţa privind stres-ul pe care le acordă acum multe corporaţii cadrelor lor de conducere,** încep să dea roade.

În ceea ce priveşte **simptomele de stres** şi **reacţiile mal-adaptative la stres,** cum ar fi **luarea de calmante, fumatul** şi insatisfacţia profesională, se situează cam la nivelul mediu al celor 10 ţări studiate.

Totuşi, americanii **se ridică net peste medie în consumul de alcool,** 30,2% dintre ei bând unul sau mai multe pahare de **băuturi alcoolice tari în fiecare zi (alcoolism cronic, tip anglo-saxon / nordic).**

Ca grup, americanii diferă mult de media celor 10 (zece) ţări în ceea ce priveşte cauza pe care ei o consideră a fi sursa cea mai importantă de stres la lucru.

De exemplu, **americanii deţin ponderea cea mai mare în descrierea ca factori de stres** a: **lipsei de putere şi de influenţă** (46,5%), **patron incompetent** (30,2%) şi **convingeri care vin în contradicţie cu cele ale organizaţiei / întreprinderii** (30,2%).
Toate acestea constituie indicaţii că la nivelul conducerii întreprinderilor americane, în special la nivel superior, cadrele să nu fie atât de ataşate pe cât se presupune a fi.

Un alt **rezultat practic surprinzător,** faţă de imaginea stereotipă a directorului executiv american ambiţios, orientat către muncă, este **procentul peste medie al celor care se plâng că trebuie să muncească mult peste orele de program şi că trebuie să îşi ia de lucru şi acasă.**

**NOTE:** Fundamentarea şi dezvoltarea intensivă ca ştiinţă a managementului - marketingului s-a făcut continuu în SUA, începând cu ultimii 50 ani din secolul 19, ca o necesitate la revoluţia tehnică - ştiinţifică - informaţională - de comunicare.

Astfel, s-a asigurat un progres continuu, cu dublu câştig:

- mărirea randamentului, performanţei, eficienţei, competitivităţii, productivităţii - a beneficiarilor, cu
- reducerea timpului, resurselor (umane, materiale), costurilor - a pierderilor.

Progresul rapid în organizare - management - afaceri - marketing - comunicare a creat o nouă necesitate, centrată pe factorul uman - stresologia / adaptologia. Latura profilactică, preventivă - sanogeneza, adaptologia - s-a impus economic pentru reducerea costurilor, pagubelor, pierderilor provocate de stres / patologia stres-dependentă.

De aceea, în societatea americană, consultanţa (consilierea, managementul, asistenţa) pluri-disciplinară anti-stres este „consumată” de o multitudine de beneficiari: firme, societăţi, organizaţii, instituţii, bănci, întreprinderi, unităţi etc., de ex.: *International Management, Harvard Business Review, Management Decision, California Management Review, WSU Business, Australian Business, American Management Associations Survey Reports, New Scientist etc.*

www.dacoromanica.ro

## 3. MAREA BRITANIE

Managerii care au răspuns reflectă stres-ul la care sunt supuse cadrele de conducere forțate să lucreze într-un mediu de afaceri al unei națiuni, care a fost în mod diferit caracterizată ca aparținând unei țări de la supradezvoltată la una dezvoltată. În ce privește **bolile mintale,** englezii sunt **cu mult peste nivelul celorlalte două țări europene studiate:** Suedia și Germania de vest. În plus, **un număr neobișnuit de mare de cadre de conducere prezintă semne de instabilitate mintală.**

Cauzele simptomelor de stres manifestate la cadrele de conducere britanice consistă în **nivelul foarte ridicat al insatisfacției profesionale.** De exemplu, 35,7% dintre ei afirmă că adeseori se gândesc să își schimbe munca, față de media de 23,4%. Alți 23,1% afirmă că adeseori se gândesc să renunțe la conducere și să se reprofileze într-o altă profesiune, față de media de 15,6%. Obiceiurile lor se situează la nivelul mediu în ce privește **înghițirea de calmante și fumatul.**

Cauzele de stres legate de muncă reflectă în general media celor 10 țări, cu o singură excepție importantă: **manageri englezi - 25,9% (locul doi, după Japonia) afirmă că ținerea pasului cu noile tehnologii constituie o sursă importantă de stres la locul de muncă,** lucru care nu este surprinzător într-o țară în care mulți cred că rămân în urma competitorilor în cursa pentru cucerirea de noi piețe de export. **Cel mai puternic factor de stres,** notează unul dintre ei, **„îl constituie obligația de a munci pentru o întreprindere ale carui produse sunt inferioare din punct de vedere tehnic, față de cele ale principalilor noștri competitori".**

## 4. SUEDIA

„Îmi place să lucrez sub așa-numita presiune, în special la lucrările cu termen limtă de executare", afirmă unul din **Suedia, ai cărui directori par să stăpânească cel mai bine stres-ul.** Ca grup, **suedezii se situează la nivelul cel mai coborât în două din cele trei subscale ale chestionarului privitor la sănătatea mintală: anxietate și tulburările psihosomatice** .

**Obiceiurile lor reflectă stabilitate mintală,** cu circa 6% care consumă somnifere și cu mai puțin de 4% care folosesc tranchilizante. Ei **sunt fumători de nivel mediu** și par să aibă comparativ **mai puține probleme cu băuturile alcoolice,** decât se tem autoritățile suedeze, cel puțin în ce privește cadrele de conducere superioare. Numai 12,4% dintre ei beau cu regularitate, iar 1/3 se situează la nivelul mediu al colegilor lor europeni. Numai 13,8% afirmă că sunt foarte mulțumiți de munca lor (față de media de 23,4% a celor 10 țări), restul afirmă că se gândesc să-și găsească altă muncă.

**Sindromul muncă-familie** a constituit multă vreme obiectul principal de studiu al psihologilor din industria suedeză, fiind încă și azi **un important factor de stres pentru cadrele de conducere suedeze.** Majoritatea factorilor de stres pe care managerii îi menționează, se referă la influența pe care munca o exercită aspra vieții lor particulare. De exemplu, **aproape 32% - cu circa 50% mai mult decât media totală, se plâng de interferența muncii cu viața particulară și socială.** Cei mai mulți însă **(15,2%) menționează relațiile cu sindicatele ca o sursă de presiune,** lucru care nu surprinde într-o țară, care a acordat sindicatelor prin legi puteri largi în domeniile consultativ și al luării deciziilor.

www.dacoromanica.ro

## 5. G E R M A N I A (de VEST)

Cadrele de conducere **germane le egalează pe cele suedeze în ce priveşte stăpânirea stres-ului.** În plus, **ei înregistrează cel mai redus procentaj al managerilor care prezintă riscuri de instabilitate mintală. Obiceiurile lor,** totuşi, reflectă cu greu stabilitatea lor. **Mai mult de 1/3 fumează şi 37,2% beau băuturi alcoolice cu regularitate.** Pe de altă parte, directorii germani **prezintă cel mai redus nivel de insatisfacţie profesională.**

Imaginea pe care întreaga lume o are despre întreprinderile germane ca fiind prompte în producţie şi în respectarea graficului de livrări, este evident aceea pe care conducătorii acestor întreprinderi pun mare preţ şi se străduiesc din greu să o menţină. Acest rezultă din procentajul mare de răspunsuri **(65,4%, cel mai mare din cadrul studiului),** care spun că **frecventa criză de timp şi lucrările cu termen fix constituie elementele principale de stres la locul lor de muncă.** Un procent ridicat dintre manageri sunt aceia care se plâng de **volumul mare de muncă impus în dauna vieţii lor de familie.**

Unul dintre motivele acestei situaţii ar putea fi numărul mare de cadre de conducere, care au **subordonaţi care nu sunt pregătiţi în mod corespunzător.** Peste 1/3 dintre cadrele de conducere germane menţionează această problemă, faţă de 20% în Suedia şi 13,1% în Marea Britanie. **„Munca în echipă a dispărut",** afirmă unul dintre conducătorii germani, punând punctul pe „i". **„Latura umană a întreprinderii s-a diminuat la toate nivelurile piramidei. Construirea ierarhiei în întreprindere a devenit mai importantă decât realităţile de marketing".**

## 6. S I N G A P O R E

În timp ce cadrele de conducere din **Singapore** care au răspuns la ancheta noastră prezintă **medii relativ ridicate în ce priveşte problemele de sănătate mintală, ocupând locul trei la semnele de instabilitate mintală, ei prezintă mult mai puţine simptome de comportament de stres decât colegii lor japonezi.** De exemplu, aici găsim **cel mai mic procentaj de cadre care nu sunt mulţumite de munca lor, mult mai puţini fumători,** iar **băutorii sunt de cinci ori mai puţini decât în cazul Japoniei.**

Într-o ţară în curs de dezvoltare cu multe trăsături comune Statelor Unite în domeniul organizării activităţii industriale, cadrele de conducere singaporeze par să **sufere în special de stres-ul că nu sunt capabili să-şi transmită propriile lor ambiţii în domeniul profesional şi la calificării, către cei din subordinea sau de deasupra lor.** Factori cum ar fi un patron incompetent sau antipatic sunt menţionaţi frecvent în răspunsurile lor, iar un procentaj peste medie se plânge de o reală lipsă de putere şi de influenţă.

Cu toate acestea, ei rămân **puternic orientaţi (motivaţi) către realizare, clasându-se pe locul doi în ce priveşte ponderea cea mai redusă a cadrelor care se plâng de ore suplimentare.** Presiune sau stres nu este chiar cuvântul potrivit, spune un singaporez. „Majoritatea factorilor pe care i-am însemnat în chestionar sunt în realitate doar factori de iritare sau de indispunere".

www.dacoromanica.ro

## 7. NIGERIA

Bogată în petrol, dar săracă în forță de muncă. Cadrele de conducere **nigeriene prezintă tensiunile caracteristice obligației de a acționa într-o economie care se dezvoltă rapid și căreia îi lipsește o infrastructură de conducere dezvoltată corespunzător.** Ca grup, prezintă **probleme de sănătate mintală care îi situează pe locul trei în ordine descrescătoare și sunt cei mai expuși să sufere de instabilitate mintală gravă.**

În timp ce ei sunt băutori sub medie și fumători moderați, **conducătorii nigerieni se situează pe locul doi între cei care iau calmante, cu 15% dintre ei luând cu regularitate somnifere, iar 13% tranchilizante.** Ei prezintă un nivel mediu de insatisfacție profesională, dar constituie **grupul cel mai compact în ce privește alegerea profesiei.** Numai 6,3% dintre ei afirmă că se gândesc adeseori să părăsească postul de conducere, față de media de 15,6% pe 10 țări.

**Majoritatea elementelor de stres au ca sursă subordonați pregătiți în mod necorespunzător,** dar aceste elemente se întind de la relațiile cu grupurile ecologice (19,8%), până la îndeplinirea unei munci care depășește competența celui care o face (13,5%).

În mod surprinzător **sindromul muncă-familie are o cotă înaltă, 30,6% dintre ei plângându-se de interferența negativă a muncii lor cu viața de familie.** „Nu că soția mea nu este de acord cu cariera mea", afirmă un director nigerian. „Ea consideră că îmi petrec prea mult timp cu afacerile și prea puțin timp cu propria mea familie".

## 8. AFRICA DE SUD

Lucrând într-o țară frământată constant de tensiuni rasiale, cadrele de conducere sud-africane se prezintă rezonabil. **Managerii sud-africani se situează cam la nivelul celor britanici în domeniul sănătății mintale, deși un număr mai ridicat de sud-africani prezintă semne de risc în ce privește stabilitatea mintală.**

Ei fumează cam tot atât cât și cei britanici, dar tind să fie mai mari băutori, cu 41,6% dintre ei consumând unul sau mai multe pahare cu băuturi alcoolice zilnic. Ei sunt mult mai mulțumiți de munca lor, decât britanicii și americanii.

Sud-africanii găsesc orele suplimentare și subordonații prost pregătiți mai acceptabile decât colegii lor din țările industrializate, un indiciu, probabil, că ierarhiile companiilor dominate de albi au puține șanse de succes în pregătirea negrilor cu asumarea posturilor de conducere.

Destul de curios, **un mic procentaj (13,9%) dar dublu decât media, afirmă că au probleme cu soțiile lor în ce privește atitudinea acestora față de cariera lor, iar 24,1% au dificultăți în domeniul relațiilor interpersonale.**

După cum afirmă unul dintre ei: **„Lipsa feedback-ului, fie el negativ sau pozitiv, din partea superiorilor mei, constituie o sursă constantă de stres pentru mine".**

www.dacoromanica.ro

## 9. BRAZILIA

Aceasta este o altă țară cu un mare potențial de dezvoltare, dar care face față unor mari decalaje datorate în special lipsei infrastructurii de conducere și de organizare, pentru a ține pasul cu ritmul rapid al schimbărilor. De aceea, cadrele de **conducere braziliene sunt supuse unor presiuni extreme, iar acestea se reflectă în indicele lor de sănătate mintală,** care îi situează pe **locul doi în ce privește nivelul cel mai înalt de vulnerabilitate și instabilitate psihică.** În plus, peste 40% prezintă niveluri diferite de instabilitate mintală, cu jumătate dintre ei în categoria de mare risc.

Băutura nu constituie o regulă (locul doi dintre cele mai scăzute niveluri). Ei fumează mai puțin decât media, **dar iau ceva mai multe somnifere și tranchilizante.** Ei se **situează la nivelul japonezilor în ce privește satisfacția profesională** și afirmă **cel mai frecvent că nu sunt mulțumiți de munca lor sau de postul lor.**

**Stres-urile care afectează calitatea muncii** se întind **de la criza de timp (factorul limită-timp) și termenele scurte (61,8%) până la patronii/șefii antipatici (19, 6%).** Aproape 28% găsesc că obiectivele nerealiste sunt o problemă importantă, fapt care nu este surprinzător, într-o țară în care inflația crește în progresie geometrică. **Managerii brazilieni sunt puternic orientați către muncă: ei au cel mai mic procent al celor care se plâng că sunt supraîncărcați sau fac ore suplimentare. „Este ușor să trăiești, să muncești și să iubești atunci când poți să vezi o lumină la capătul tunelului" („...when you can see a light at the end of the tunnel"),** spune unul dintre ei.

## 10. EGIPT

**Indicele înalt de instabilitate mintală prezentat de cadrele de conducere egiptene,** arată că într-o țară care luptă pentru dezvoltarea sa, aceste **cadre suferă de mai mult stres decât acelea din țările în curs de dezvoltare sau industrializate.**

**În afară de băutură, care este împotriva legii islamice, egiptenii prezintă toate simptomele clasice comportamentale de stres.** În Egipt găsim **cei mai mulți fumători (40%), cel mai mare procentaj de cadre care iau tranchilizante (25%) și numărul cel mai mare de cadre care iau somnifere (16,7% - peste dublul mediei celor 10 țări). O gamă largă de elemente de stres** apasă asupra cadrelor de conducere egiptene. **Suprasolicitarea și supraîncărcarea (76,7%), subalterni slab pregătiți (65%) și continuarea lucrului acasă (30%).**

Alte **elemente de presiune** menționate frecvent, cum ar fi un **șef incompetent și o muncă sub competența sa,** tind să atragă atenția asupra unor probleme cărora aceste cadre în mod inevitabil le fac față, într-o **țară dominată de birocrație. „Principala mea sursă de stres o constituie aceea să lucrez cu funcționari guvernamentali care își exercită autoritatea, dar omit să-și asume vreo răspundere",** afirmă unul dintre egipteni. Altul remarcă: **„Regulamentul și instrucțiunile firmei mele mă împiedică să muncesc mai repede".**

www.dacoromanica.ro

**Graficul 1.** Diferenţe mari (dramatice) între naţiuni privind **3 (trei) simptome cheie (ţintă) ale agresionării mintale, psihice, psiho-somatice prin stres:** ① **Depresie,** ② **Anxietate,** ③ **Tendinţe, tulburări psihosomatice.** Totaluri pe ţări.

- Linia de bază/de referinţă a fost stabilită, dintr-un eşantion mare de angajaţi (bărbaţi) ai Administraţiei Britanice pentru Energia Atomică.
- Utilizând aceleaşi scale (chestionare), scorurile medii pentru pacienţii psihiatrici ai Spitalului Middlesex din Anglia au fost la un punctaj (scor) total de 25,4:
  - 7,7 pentru depresie,
  - 9,7 pentru anxietate şi
  - 8,0 pentru tendinţe psihosomatice.

**Graficul 2.** **Proporţia cadrelor de conducere** din cele 10 ţări, care prezintă un **grad înalt de instabilitate mintală.**

L e g e n d ă:
- vernil - potenţial instabil
- galben - risc mare de instabilitate
- roşcat - suferă de instabilitate
- roşu - suferă de instabilitate gravă
- verde - totaluri pe ţări.

**Graficul 3.** **Nivelurile comparative ale insatisfacţiei profesionale.**
Acest grafic arată procentajul cadrelor de conducere din fiecare ţară, care au prezentat niveluri înalte de insatisfacţie profesională, conform răspunsurilor lor, la şase întrebări referitoare la munca lor.

**Tabelul 4.** **Originile (sursele) stres-ului la cadrele de conducere / manageri (în dimensiune psiho-socială şi relaţională inter-personală).**
Care dintre cele ce urmează constituie o sursă de presiune asupra dvs. la locul de muncă?

1. Criza de timp şi termene (factorul limită timp)
2. Program supraîncărcat (lipsa relaxării, mereu „în priză")
3. Subalterni slab pregătiţi
4. Zi prelungită de lucru (muncă suplimentară - oficial/benevol)
5. Participarea la şedinţe
6. Interferenţa muncii cu viaţa particulară şi socială
7. Interferenţa muncii în relaţiile cu familia
8. Ţinerea pasului cu noile tehnologii (competiţia permanentă)
9. Convingerile mele sunt în contradicţie cu cele ale întreprinderii
10. Iau de lucru şi acasă (muncă suplimentară - benevol)
11. Lipsă de putere şi de influenţă
12. Relaţiile interpersonale
13. Numărul de călătorii cerute de munca mea
14. Prestez o muncă sub nivelul meu de competenţă
15. Şef incompetent

Numărul celor care au răspuns:

www.dacoromanica.ro

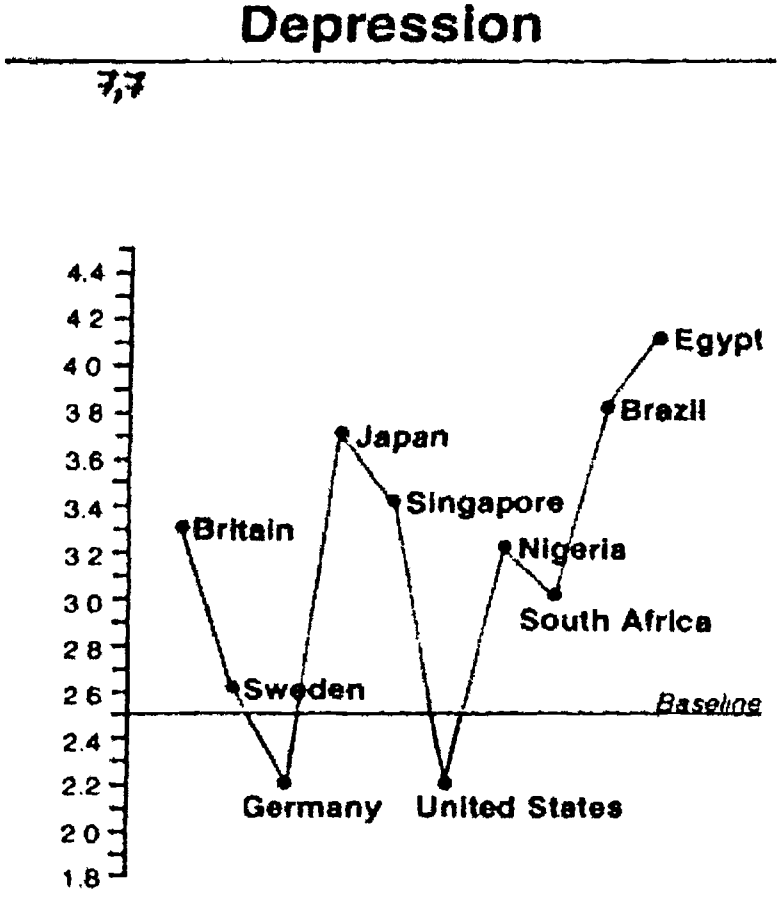



**Chart 1a.**

Dramatic national swings in three key symptoms of stress (**Depression,** Anxiety, Psychosomatic tendencies, Country totals).

The baseline was derived from the scores of a large sample of middle-aged, male industrial employees of the Atomic Energy Authority in Britain. Using the same questionnaire, the average scores for psychiatric outpatients at the Middlesex Hospital in Britain were 7.7 for depression, 9.7 for anxiety and 8.0 for psychosomatic tendencies, for a total score of 25.4.

www.dacoromanica.ro

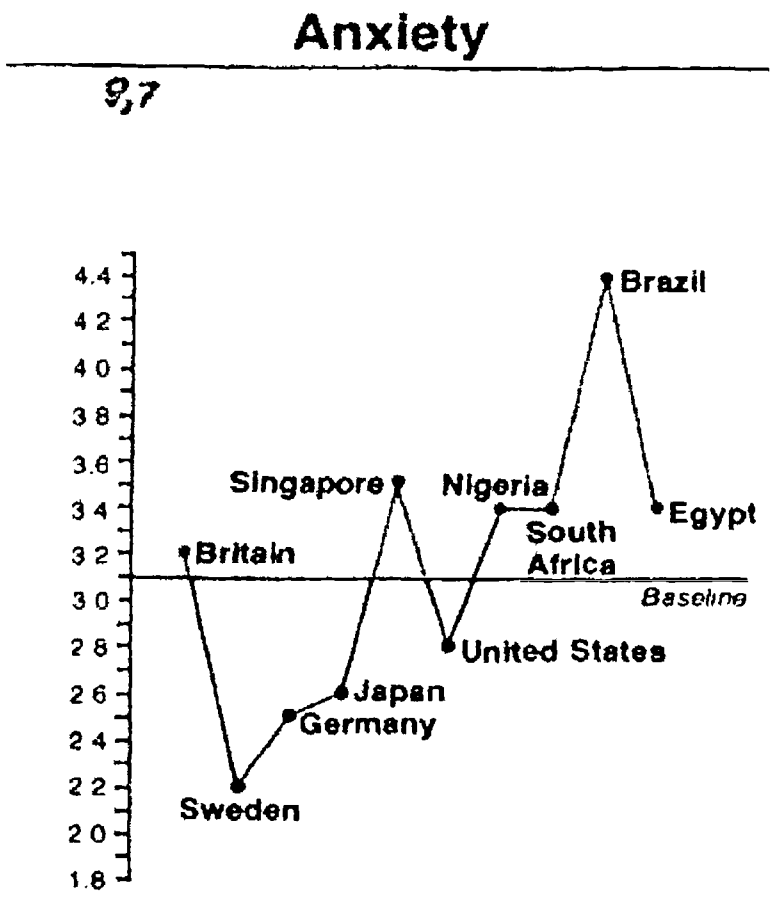



**Chart 1b.**

Dramatic national swings in three key symptoms of stress (Depression, **Anxiety,** Psychosomatic tendencies, Country totals).

The baseline was derived from the scores of a large sample of middle-aged, male industrial employees of the Atomic Energy Authority in Britain. Using the same questionnaire, the average scores for psychiatric outpatients at the Middlesex Hospital in Britain were 7.7 for depression, 9.7 for anxiety and 8.0 for psychosomatic tendencies, for a total score of 25.4.

www.dacoromanica.ro

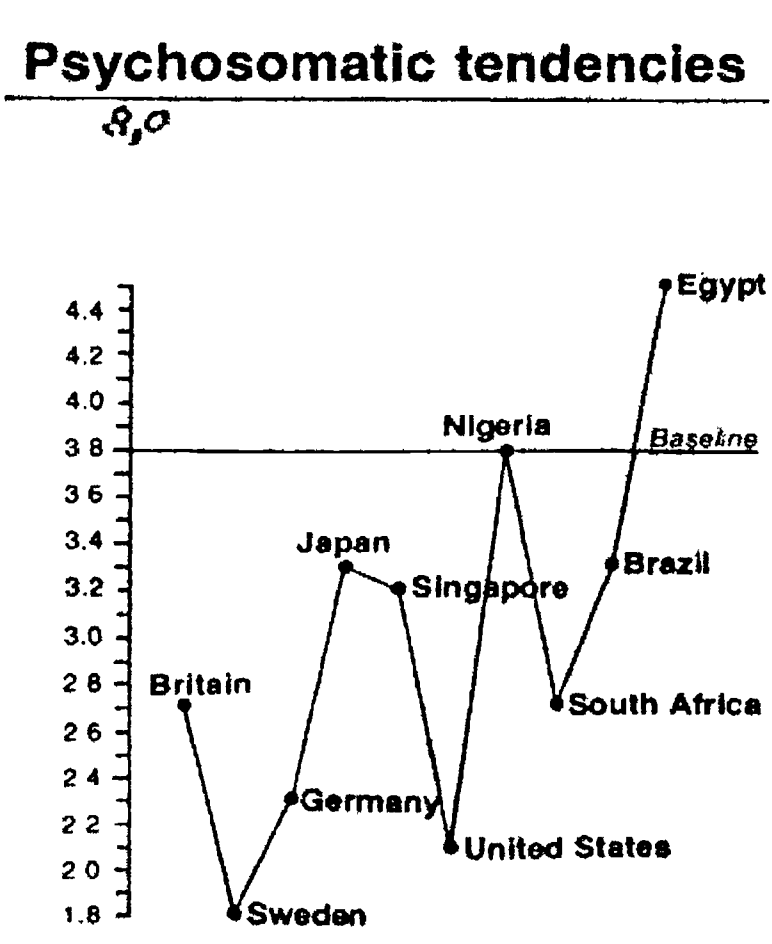



**Chart 1c.**

Dramatic national swings in three key symptoms of stress (Depression, Anxiety, **Psychosomatic tendencies,** Country totals).

The baseline was derived from the scores of a large sample of middle-aged, male industrial employees of the Atomic Energy Authority in Britain. Using the same questionnaire, the average scores for psychiatric outpatients at the Middlesex Hospital in Britain were 7.7 for depression, 9.7 for anxiety and 8.0 for psychosomatic tendencies, for a total score of 25.4.

www.dacoromanica.ro

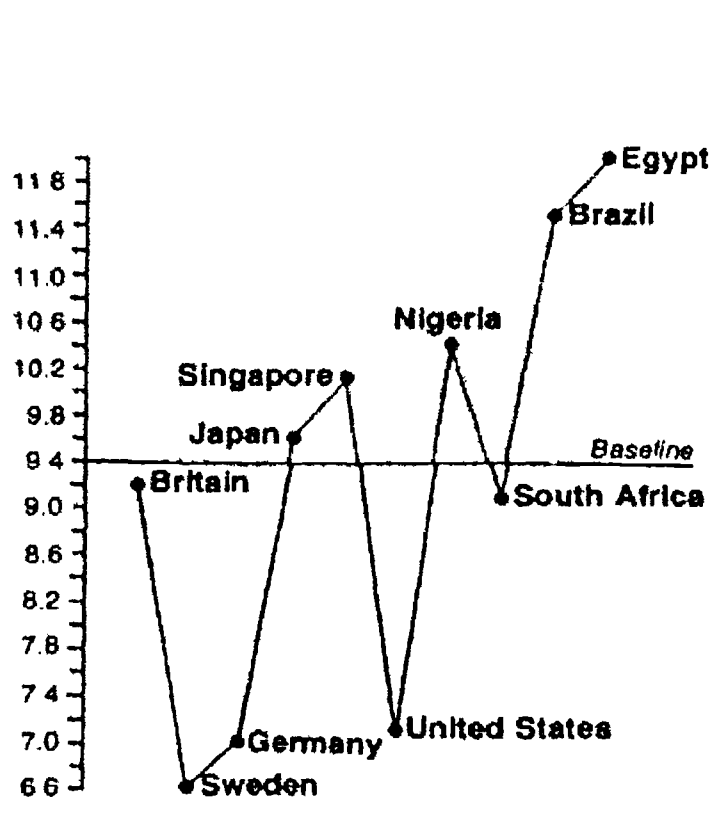



**Chart 1d.**

Dramatic national swings in three key symptoms of stress (Depression, Anxiety, Psychosomatic tendencies, **Country totals**).

The baseline was derived from the scores of a large sample of middle-aged, male industrial employees of the Atomic Energy Authority in Britain. Using the same questionnaire, the average scores for psychiatric outpatients at the Middlesex Hospital in Britain were 7.7 for depression, 9.7 for anxiety and 8.0 for psychosomatic tendencies, for a total score of 25.4.

www.dacoromanica.ro

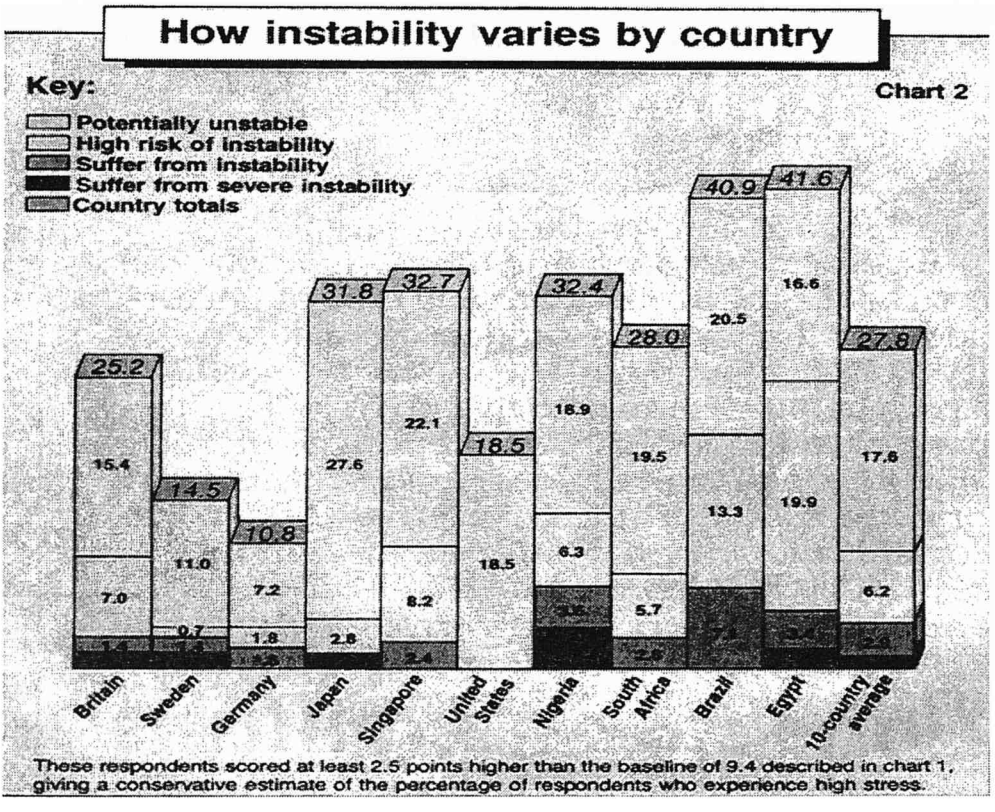



**Chart 2.**

How instability varies by country.

These respondents scored at least 2.5 points higher than the baseline of 9.4 described in chart 1, giving a conservative estimate of the percentage of respondents who experience high stress.

www.dacoromanica.ro

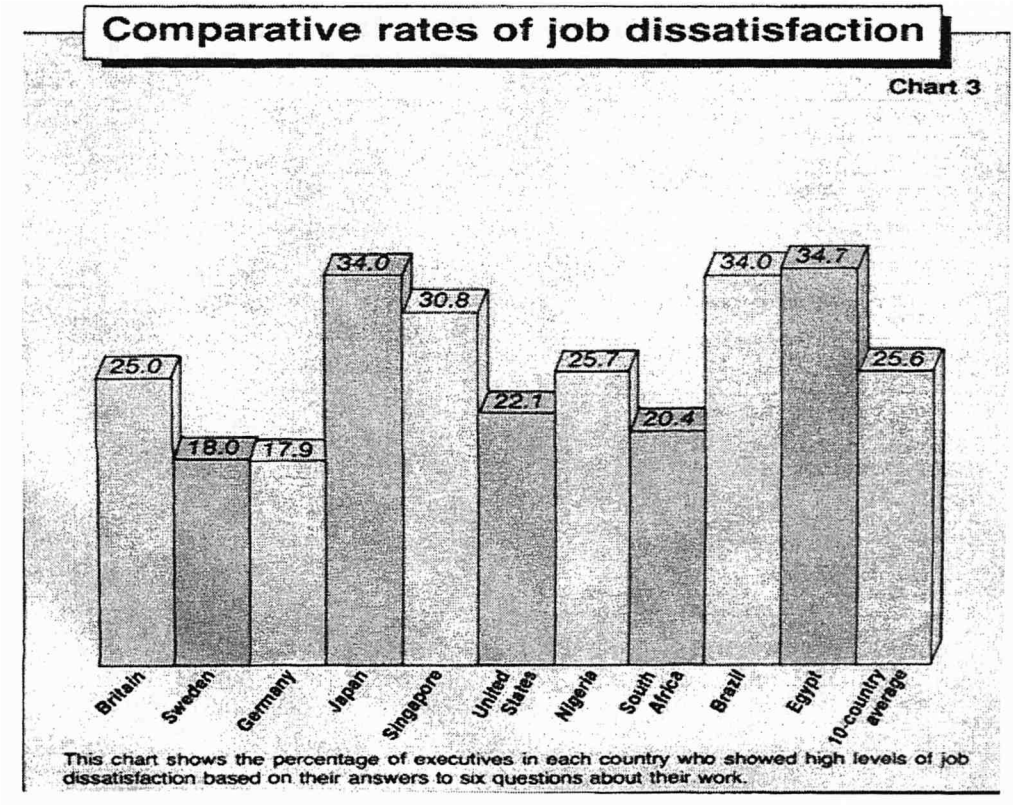
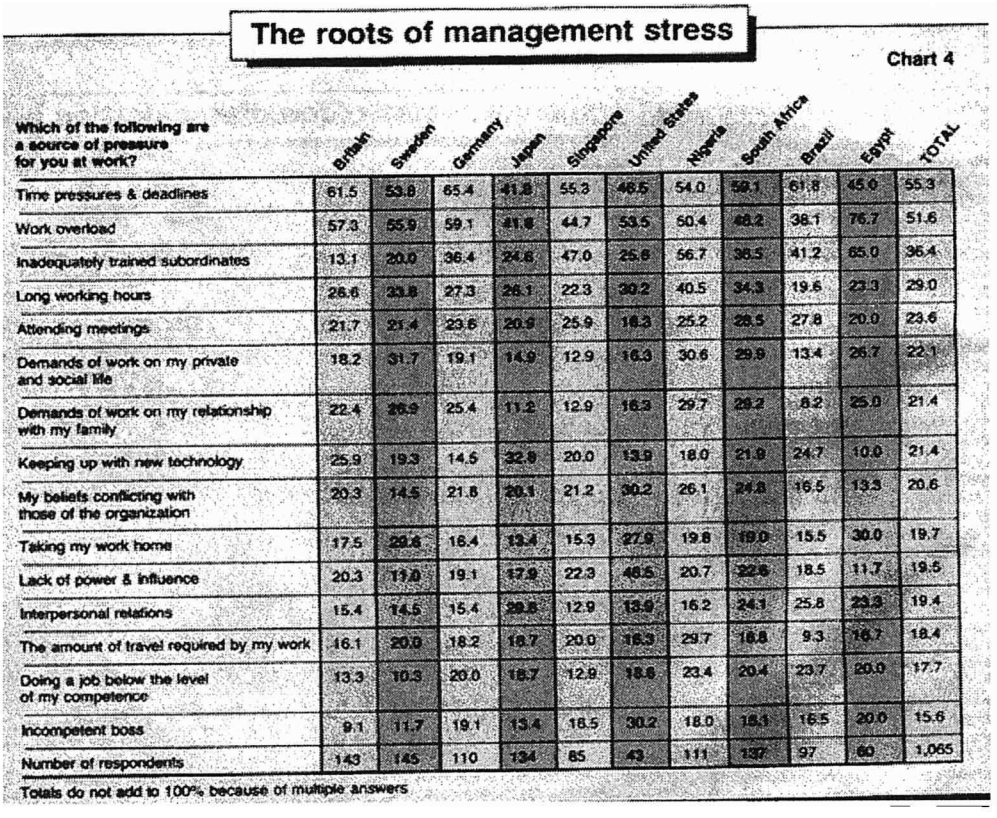



**Chart 3.**

Comparative rates of job dissatisfaction.

This chart shows the percentage of executives in each country who showed high levels of job dissatisfaction based on their answers to six questions about their work.

www.dacoromanica.ro



## The roots of management stress

Chart 4

| Which of the following are a source of pressure for you at work? | British | Swedish | German | Japan | Singapore | United States | Nigeria | South Africa | Brazil | Egypt | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Time pressures & deadlines | 61.5 | 53.8 | 65.4 | 41.8 | 55.3 | 46.5 | 54.0 | 59.1 | 61.8 | 45.0 | 55.3 |
| Work overload | 57.3 | 55.9 | 59.1 | 41.8 | 44.7 | 53.5 | 50.4 | 48.2 | 38.1 | 76.7 | 51.6 |
| Inadequately trained subordinates | 13.1 | 20.0 | 36.4 | 24.6 | 47.0 | 25.6 | 56.7 | 36.5 | 41.2 | 65.0 | 36.4 |
| Long working hours | 28.6 | 23.8 | 27.3 | 26.1 | 22.3 | 30.2 | 40.5 | 34.3 | 19.6 | 23.3 | 29.0 |
| Attending meetings | 21.7 | 21.4 | 23.6 | 20.9 | 25.9 | 18.3 | 25.2 | 28.5 | 27.8 | 20.0 | 23.6 |
| Demands of work on my private and social life | 18.2 | 31.7 | 19.1 | 14.9 | 12.9 | 16.3 | 30.6 | 29.9 | 13.4 | 26.7 | 22.1 |
| Demands of work on my relationship with my family | 22.4 | 26.9 | 25.4 | 11.2 | 12.9 | 16.3 | 29.7 | 28.2 | 8.2 | 25.0 | 21.4 |
| Keeping up with new technology | 25.9 | 19.3 | 14.5 | 32.9 | 20.0 | 13.9 | 18.0 | 21.9 | 24.7 | 10.0 | 21.4 |
| My beliefs conflicting with those of the organization | 20.3 | 14.5 | 21.8 | 29.1 | 21.2 | 30.2 | 26.1 | 24.8 | 16.5 | 13.3 | 20.6 |
| Taking my work home | 17.5 | 29.8 | 16.4 | 13.4 | 15.3 | 27.9 | 19.8 | 19.0 | 15.5 | 30.0 | 19.7 |
| Lack of power & influence | 20.3 | 11.0 | 19.1 | 17.9 | 22.3 | 46.5 | 20.7 | 22.6 | 18.5 | 11.7 | 19.5 |
| Interpersonal relations | 15.4 | 14.5 | 15.4 | 29.8 | 12.9 | 13.9 | 16.2 | 24.1 | 25.8 | 23.3 | 19.4 |
| The amount of travel required by my work | 16.1 | 20.0 | 18.2 | 18.7 | 20.0 | 16.3 | 29.7 | 16.8 | 9.3 | 16.7 | 18.4 |
| Doing a job below the level of my competence | 13.3 | 10.3 | 20.0 | 18.7 | 12.9 | 18.6 | 23.4 | 20.4 | 23.7 | 20.0 | 17.7 |
| Incompetent boss | 9.1 | 11.7 | 19.1 | 13.4 | 18.5 | 30.2 | 18.0 | 18.1 | 16.5 | 20.0 | 15.6 |
| Number of respondents | 143 | 145 | 110 | 134 | 85 | 43 | 111 | 137 | 97 | 60 | 1,065 |

Totals do not add to 100% because of multiple answers

**Chart 4.**

The roots of management stress.

Totals do not add to 100 % because of multiple answers.

www.dacoromanica.ro

**Bibligrefie selectivă**

1. Cooper, C., Arbose, J., Executive stress goes global, *International Management,* 39: 42-48, 1984.
2. Cooper, C. L. (ed.), *Handbook of Stress, Medicine and Health,* CRC Press, Boca Raton, FL, 1996.
3. Fink, G. (ed.), *Encyclopedia of Stress,* vol. 1(A-D), Academic Press, San Diego, CA, 1996.
4. Fink, G. (ed.), *Encyclopedia of Stress,* vol. 2(E-M), Academic Press, San Diego, CA, 1996.
5. Fink, G. (ed.), *Encyclopedia of Stress,* vol. 3(N-Z, Index), Academic Press, San Diego, CA, 1996.
6. Kenny, D. T., Carlson, J. G., McGuigan, F. J., Sheppard, J. L. (eds.), *Stress and Health. Research and Clinical Applications,* Harwood Acad. Publ., Amsterdam, NL, 2000.
7. Riga, S., Riga, D. (eds.), Stresul şi Societatea Modernă, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11: 1-62, 2004.

www.dacoromanica.ro

# Capitolul 3. IMPACTUL STRESULUI ÎN SOCIETATEA MODERNĂ

*The greatest challenge to humanity at present is to find a philosophy of life, a code of behavior, which gives good guidance, not to avoid stress (for that is impossible), but to cope with it in order to achieve health, long life and happiness* (1980).

**Prof. Dr. Hans Selye** (1907-1982),
fondatorul conceptului de stres

*Consecinţele sociale ale unei naţiuni alcătuite din oameni normali sunt vădite: mizerie, conflicte, violenţă, război şi o mohoreală generalizată.*

**George Crockcroft** (n. 1932, pseudonim **Luke Rhinehart**)

## ① Globalizarea stresului

Într-o lume în plin proces de mondializare, agresionarea bio-psiho-socială prin disstres a populaţiei a devenit globală, deoarece afectează toate ţările (mari sau mici, dezvoltate sau în curs de dezvoltare, bogate sau sărace), toate categoriile sociale şi toate vârstele (de la copil la bătrân) - fapt pentru care stresul (disstresul) a fost caracterizat ca „boala secolului XX şi XXI" (10). În plus, datorită proceselor economico - sociale de transformări rapide, de fond, de acceleraţie societală, inegalităţi majore, mutaţii tehnologice-informaţionale-culturale şi apariţia unor noi tipuri de crize - în prezent disstresul s-a multiplicat, diversificat, intensificat şi agravat (comparativ cu toate epocile anterioare), mai ales în ultima parte a secolului XX şi la începutul secolului XXI.

Disstresul, bolile de adaptare şi patologia stres-dependentă provoacă la nivel de individ (11, 12):

- scăderea randamentului, dezadaptare, eşec socio-profesional;
- bolile de adaptare (mal-adaptare), patologia stres-dependentă, boli psihosomatice;
- îmbătrânire accelerată, poli-patologie şi moarte prematură.

În acelaşi timp, consecinţele asupra societăţii sunt reprezentate de provocarea unor pierderi serioase medico-biologice şi economico-sociale / directe şi indirecte - de ex: numai în SUA bolile cauzate de stres au costat 3% din Produsul Naţional Brut (PIB) în anul fiscal 1983 - 1984, reprezentând pierderi de peste 200 miliarde dolari / anual (1).

Astfel, distresul a devenit atât o serioasă problemă de sănătate mintală, sănătate publică şi sănătate comunitară, cât şi de medicină profilactică, medicină de familie, medicină generală şi de psihiatrie, psihosomatică, neurologie, psihologie, sociologie, antropologie (10).

www.dacoromanica.ro

**② Organisme internaționale de studiu al stresului**

De aceea, organismele internaționale au creat structuri specializate şi au elaborat Programe internaționale privind profilaxia şi cercetarea disstresului, sănătății mintale, bolilor de adaptare, patologiei stres-dependente şi bolilor psiho-somatice (10):

1. **W H O / O M S (Organism specializat al ONU pentru SĂNĂTATE şi MEDICINĂ):**
   - a creat un Departament al OMS specializat în stres: Psychosocial Factors in Occupational Health;
   - a elaborat şi publicat în anul 1988 Programul privind Profilaxia Tulburărilor Mintale şi Psiho-sociale în Europa (WHO European Programme, WHO Regional Office for Europe, 38th Session, WHO, Copenhagen, 1988), în care stresul reprezintă un factor determinant în perturbarea sănătății mintale, în psihopatologie şi psihiatrie;
   - a organizat o Teleconferință la 12 oct. 1990, în care a precizat că "diseases of life style" provoacă 70-80% din morțile premature în țările industrializate;
   - a prevăzut permanent stresul şi patologia stres-dependentă în clasificarea internațională a bolilor: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders (Categories F40-F48: Neurotic, Stress-related and Somatoform Disorders), World Health Organization, Geneva, 1992.
2. **I L O (International Labor Office - Organism specializat al ONU pentru MUNCĂ):**
   - a creat un Departament al ILO specializat în stres: Occupational Stress and Health;
   - a publicat Programul internațional al ILO: Preventing Stress at Work. Conditions of Work Digest No. 2, ILO, Geneva, 1992.
3. **U N E S C O (Organism specializat al ONU pentru ŞTIINȚĂ):**
   - a prevăzut un Cod special 3207.16 Stresul, marcând importanța domeniului pentru medicină, biologie, profilaxie, sănătate (mintală), terapeutică şi cercetare ştiințifică.
4. **UNIUNEA EUROPEANĂ (Comisia, Parlamentul şi Consiliul Europei):**
   - Agenția Europeană pentru Securitate în Muncă - organism specializat al Uniunii Europene a organizat în anul 2002 prima Campanie pan-europeană de combatere a stresului profesional „Muncă fără Stres", deoarece stresul profesional este cea de a 2-a problemă gravă la locul de muncă:
     - afectează 1 din 3 angajați (adică 28% din salariați, însemnând peste 40 milioane persoane);
     - determină apariția afecțiunilor cardiovasculare la 16% din bărbați şi 22% dintre femei;
     - provoacă pagube anuale de peste 20 miliarde € în țările Uniunii Europene (2001).

www.dacoromanica.ro

Progresele realizate în cercetarea stresului (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13) au condus la:

- individualizarea şi caracterizarea tipurilor diferenţiate de stres: stres = disstres + eustres; stres supraacut, extrem, sever, acut; stres cronic, de lungă durată; stres postcronic; stres oxidativ, hipoxic, ischemic;
- definirea unor categorii specifice de stres: stresul la copil / adolescent ( şcolar, academic), la adult şi la bătrân; stresul social (psihosocial), de muncă (serviciu, profesional, ocupaţional); stresul de luptă (război) / prizonierat, stresul sportiv (de performanţă);
- evidenţierea de condiţionări, interrelaţii, şi cascade etio-patogenice provocate de distres:
  - în plan psihic - comportamental: reacţia la stres sever: reacţia acută la stres şi tulburare de stres post-traumatică; tulburări de adaptare (la disstres): reacţii depresive, anxioase, perturbarea altor emoţii, tulburări de conduită, mixte; binomul: stres ↔ vulnerabilitate, trinomul: stres → anxietate → depresie (inclusiv suicid); disstres → neurastenie / sindrom de oboseală cronică / epuizare vitală / sindromul Burn-out / Karoshi (moarte provocată de munca excesivă de lungă durată la japonezi);
  - în plan somatic, biologic, metabolic: patologia psiho-somatică; bolile vasculare, cardiace, cerebrale; patologia dismetabolică: diabet, dislipoproteinemie, ateroscleroză; boli imune: autoimune, alergice, degenerative, cancer; patologie digestivă, renală, respiratorie;
  - în plan cronobiologic: îmbătrânire accelerată şi senescenţă patologică (senilitate).
- elaborarea terapiilor moderne anti-stres; dezvoltarea conceptului Selye de sindrom general de adaptare (SGA); individualizarea terapiilor anti-stres pe cele 3 faze ale SGA şi în funcţie de adaptările anti-stres - centrală (psiho-comportamentală, neuro-endocrină) - periferică (endocrino-metabolică) - ţesuturi ţintă; integrarea răspunsurilor de stres; terapiile cauzale, metabolice, biologice şi holistice anti-stres.

**Bibliografie selectivă**


1. Cooper, C., Arbose, J., Executive stress goes global, *International Management,* 39: 42-48, 1984.
2. Cooper, C. L. (ed.), *Handbook of Stress, Medicine and Health,* CRC Press, Boca Raton, FL, 1996.
3. Chrousos, G. P., McCarty, R., Pacák, K., Cizza, G., Sternberg, E., Gold, P.W., Kvetňanský, R. (eds.), *Stress - Basic Mechanisms and Clinical Implications,* Annals of the New York Academy of Sciences, 771: 1-755. New York Academy of Sciences, New York, NY, 1995.
4. Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A., *Stresul în sănătate şi boală,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992.


www.dacoromanica.ro

5. Horowitz, M. J., *Treatment of Stress Response Syndromes,* American Psychiatric Publ., Washington, DC, 2003.
6. Riga, S., Riga, D., An antistress and antiaging neurometabolic therapy. In: G. P. Chrousos, R. McCarty, K. Pacák, G. Cizza, E. Sternberg, P. W. Gold, R. Kvetňanský (eds.), *Stress - Basic Mechanisms and Clinical Implications.* Annals of the New York Academy of Sciences, 771: 535-550, New York Academy of Sciences, New York, NY, 1995.
7. Riga, S., Riga, D., Cercetarea internațională în domeniul stresului, în condițiile globalizării fenomenului, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 4(1): 31-33, 1997.
8. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Regenerative medicine in stress and aging. I. Preclinical synthesis, *Biogerontology,* 4(S1): 81, 2003.
9. Riga, S., Riga, D., Schneider, F., Prolongevity medicine in stress, aging and related diseases. II. Clinical review, *Biogerontology,* 4(S1): 82, 2003.
10. Riga, S., Riga, D. (eds.), Stresul şi Societatea Modernă, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11: 1-62, 2004.
11. Riga, D., Riga, S., O nouă paradigmă în medicină şi psihiatrie: tetrada disstres → uzură → îmbătrânire → polipatologie, pp. 31-75. In: G. Cornuțiu, D. Marinescu (eds.), *Orientări şi perspective în gândirea psihiatrică românească actuală,* vol. 1, Ed. Universității din Oradea, Oradea, 2007.
12. Selye, H., The evolution of the stress concept, *American Scientist,* 61: 692-699, 1973.
13. Theorel, T. (ed.), *Everyday Biological Stress Mechanisms,* Advances in Psychosomatic Medicine, 22: 1-155, Karger, Basel, CH, 2001.

www.dacoromanica.ro

# Capitolul 4. **MONDIALIZAREA MEDICINEI STRESULUI**

*Este important ca generația actuală să fie informată asupra problemelor care o privesc.*

**Voltaire** (1694-1778 d.Hr.),
*Histoire de la guerre de 1741*

## ① Globalizarea medicinei stresului

Globalizarea problematicii şi medicinei stresului este demonstrată de:

- mondializarea prin crearea de către organismele specializate ale ONU (UN) - WHO, ILO, UNESCO şi ale Uniunii Europene (UE) de structuri şi programe internaționale;
- globalizarea prin organizarea la niveluri naționale, regionale şi internaționale a cercetării, profilaxiei, medicinei şi terapiei disstresului / patologiei stres-dependente.

Evaluarea globalizării şi extinderii stresologiei a fost publicată periodic de autori români:

- Riga, S., Riga, D., Cercetarea internațională în domeniul stresului în condițiile globalizării fenomenului, *Revista Română de Sănătate Mintală* (număr tematic: **Stresul**), vol. 4, nr. 1, pp. 31-33, **1997**;
- Riga, S., Riga, D. (eds.), *Revista Română de Sănătate Mintală* (număr tematic: **Stresul şi societatea modernă**), vol. 11, nr. 1, pp. 1-68, **2004**;
- Derevenco, P., Romanian scientific progress in international stress research and stress-aging medicine, *Fiziologia-Physiology,* vol. 16, nr. 1, pp. 9-14, **2006.**

## ② Strategia internațională în stresologie

Organizarea şi dezvoltarea continuă a stresologiei este certificată prin resursele şi logistica impresionante care asigură progresul în domeniu:

1. organizații, societăți şi asociații internaționale;
2. zeci de institute, centre, clinici, departamente şi laboratoare specializate în stres;
3. zeci de congrese, conferințe, simpozioane internaționale, europene şi mondiale de stres;
4. numeroase reviste ştiințifice internaționale cu tematică exclusivă de stres;
5. sute de tratate, cărți şi monografii ştiințifice internaționale în domeniul exclusiv al stresului.

1. **Organizații, societăți şi asociații internaționale** pentru cercetarea şi medicina **stresului** - situație 2007:
   - ☆ • World **Stress** Society (WSS) - înființată în 1994 la 1st World Congress on **Stress,** USA
   - ☆ • International Society for the Investigation of **Stress** (ISIS)
   - • International **Stress** Management Association (ISMA)
   - • International Society for Traumatic **Stress** Studies (ISTSS)

www.dacoromanica.ro

- **Stress** and Anxiety Research Society (STAR)
- Cell **Stress** Society International (CSSI)
- Oxidative **Stress** and Aging Association (O2SA)
- International Critical Incident **Stress** Foundation (ICISF)
- Hans Selye **Stress** Foundation

2. Zeci de **Institute,** centre, clinici, departamente, laboratoare specializate în **stres** - selecție 2007:
   - ☆ American Institute of **Stress,** Yankers, New York, **USA**
   - Institute for **Stress** Management, San Diego, California, USA
   - Nevada **Stress** Center, Reno, Nevada, USA
   - Centre for Molecular **Stress** Response, Boston, Massachusetts, USA
   - Centre for Preventive Medicine and **Stress,** Beverly Hills, California, USA
   - Traumatic **Stress** Branch of the National Institute of Mental Health, Bethesda, USA
   - National Center for Posttraumatic **Stress** Disorder, West Haven, USA
   - Sirdan Traumatic **Stress** Institute, Baltimore, USA
   - Clinic for **Stress,** Greensboro, North Carolina, USA
   - **Stress** Disorders Laboratory, Honolulu, Hawaii, USA
   - Job **Stress** Network, Los Angeles, California, USA
   - MyoData / TMJ and **Stress** Center, Albuquerque, New Mexico, USA
   - Hans Selye International Institute for **Stress** Research, Montreal, Canada
   - International **Stress** Management Centre, Moscova, Rusia
   - **Stress** Research and Control Centre, Londra, Anglia
   - The **Stress** Clinic, Royal Masonic Hospital, Londra, Anglia
   - Psychophysiology and **Stress** Research Department, University of Westminster, Londra, Anglia
   - Institut Français de l'Anxiété et du **Stress,** Paris, Franța
   - Centre de Médecine Préventive et de **Stress,** Paris, Franța
   - Department of **Stress** Research, Karolinska Institute, Stockholm, Suedia
   - Netherlands **Stress** and Trauma Fund, Amsterdam, Olanda
   - Aarhus Centre for Environmental **Stress** Research, Aarhus, Danemarca
3. Zeci de **Congrese,** conferințe, simpozioane internaționale/mondiale de **stres** - selecție 1994-2003:
   - ☆ 1st World Congress on **Stress,** Bethesda, USA, 1994
   - ☆ 7th International Congress on **Stress,** Montreux, Elveția, 1995
   - 5th International Conference on **Stress** Management, Nijmegen, Olanda, 1995
   - 6th Symposium on Catecholamine and other Neurotransmitters in **Stress,** Bratislava, Slovacia, 1995
   - New Frontiers in **Stress** Research: Modulation of Brain Function, Ness-Ziona, Israel, 1996
   - 6th International Congress on **Stress** Management, Sydney, Australia, 1996
   - 1st International Congress on **Stress** and Health, Sydney, Australia, 1996
   - International Congress of **Stress,** Budapesta, Ungaria, 1997

www.dacoromanica.ro

- 8th International Congress on **Stress,** Montreux, Elveţia, 1997
- ☆ • 2nd World Congress on **Stress,** Melbourne, Australia, 1998
- 9th International Congress on **Stress,** Montreux, Elveţia, 1999
- 3rd World Conference of International Society for Traumatic **Stress** Studies, Melbourne, Australia, 2000
- 21st Internatonal Conference of **Stress** and Anxiety Research Society, Bratislava, Slovacia, 2000
- 3rd World Congress on **Stress,** Dublin, Irlanda, 2000
- 4th World Congress on **Stress,** Edinburgh, Scoţia, 2002
- 7th World Congress on **Stress,** Trauma and Coping, Baltimore, USA, 2003
- International Conference on **Stress** & Affective Disorders, Luzern, Elveţia, 2003

4. Numeroase **Reviste** ştiinţifice internaţionale cu tematică exclusivă de **stres** - evaluare 2007:
   - **Stress** and Health - anterior **Stress** Medicine (Organul ştiinţific oficial al ISIS)
   - **Stress** (International Journal on the Biology of **Stress**)
   - **Stress** and Anxiety Disorders
   - **Stress,** Trauma, and Crisis (International Journal Formerly Crisis Intervention and Time-Limited Treatment)
   - Cell **Stress** and Charperones Journal (Organul ştiinţific oficial al CSSI)
   - Journal of Human **Stress**
   - Anxiety, **Stress** and Coping (International Journal)
   - Journal of Traumatic **Stress** (Organul ştiinţific Oficial al ISTSS)
   - Post Traumatic **Stress** Disorders Research Quarterly
   - Work and **Stress** (Organul ştiinţific oficial al ILO)
   - International Journal of **Stress** Management (Organul ştiinţific oficial al ISMA)
5. Sute de **Tratate,** cărţi, monografii ştiinţifice internaţionale de **stres** - selecţie 1971 - 2004:
   - Society, **Stress** and Disease,Vols.1-5, Oxford Univ. Press, Oxford, 1971, 1975, 1978, 1981, 1987
   - Frontiers of **Stress** Research, Hans Huber Publ., Toronto, 1989
   - **Stress** and the Aging Brain. Integrative Mechanisms, Raven Press, New York, NY, 1990
   - Handbook of **Stress:** Theoretical and Clinical Aspects, 2nd ed., Free Press, New York, NY, 1993
   - Managing **Stress,** British Psychol. Soc., London, 1993
   - ☆ • **Stress:** Basic Mechanisms and Clinical Implication, New York Academy of Sciences, New York, NY, 1995
   - Doses **Stress** Cause Psychiatric Illness? Amer. Psychiatr. Press, Washington, DC, 1995
   - Research Methods in **Stress** and Health Psychology, J. Wiley, London, 1995

www.dacoromanica.ro

• **Stress,** Catecholamines and Cardiovascular Disease, Oxford Univ. Press, New York, NY, 1995
• Aging and Posttraumatic **Stress** Disorder, Amer. Psychiatr. Press, New York, NY, 1996
• The Complete Guide to Managing **Stress,** Alpha Books, New York, NY, 1997
• **Stress** for Success, Randon House, New York, NY, 1997
• **Stress** of Life from Molecules to Man, New York Academy of Sciences, New York, NY, 1998
• Causes, Coping and Consequences of **Stress** at Work, J. Wiley, London, 1998
☆ • Towards Prolongation of the **Healthy Life Span.** Practical Approaches to Intervention, New York Academy of Sciences, New York, NY, 1998
• Managing **Stress** at Work. How to Conduct a **Stress** Audit, J. Wiley, London, 1999
• **Stress** and Health. Research and Clinical Applications, Academic Press, New York, NY, 2000
• Encyclopedia of **Stress,** 3 vols., 2450 pp., Academic Press, New York, NY, 2000
• Everyday Biological **Stress** Mechanisms, S. Karger, Basel, 2001
• Treatment of **Stress** Response Syndromes, Amer. Psychiatr. Press, Washington, DC, 2003
☆ • Strategies for Engineered Negligible Senescence. Why Genuine **Control of Aging** May Be Foreseeable, New York Academy of Sciences, New York, NY, 2004

☆ Semnificația ☆ reprezintă contribuția autorilor în domeniu.

*

Astfel, mondializarea cercetării și medicinei stresului reprezintă o caracteristică și o necesitate a societății moderne și dezvoltarea unei direcții de prevenție, profilaxie, sanogeneză, care să adapteze (anti-stres) populația la un progres din ce în ce mai amplu și mai complex.

**Bibliografie selectivă**

Datorită specificului acestui capitol, pentru a ilustra mai bine evoluția și globalizarea problematicii și domeniului stresului, sursele bibliografice sunt incluse și comentate în text:

- 9 organizații, societăți și asociații internaționale de stres;
- 22 instituții specializate în stres;
- 17 manifestări științifice dedicate stresului;
- 14 reviste științifice care dezbat și studiază stresul;
- 27 tratate, cărți și monografii despre stres.

www.dacoromanica.ro

## Capitolul 5. **CERCETAREA STRESULUI ÎN ROMÂNIA**

*Ştiinţa nu reprezintă numai cunoaştere sistematic organizată - cum a fost de atâtea ori definită. Pe lângă un uriaş tezaur de cunoştinţe, ea este totodată o atitudine şi un punct de vedere comun. Ştiinţa este mai presus de orice străduinţă omenească.*

*Din fericire, ceea ce ne împiedică în cercetare nu este atât ceea ce nu ştim, cât ceea ce credem că ştim, deşi convingerea noastră este greşită.*

*Specialistul pierde simţul perspectivei şi încă de pe acum sunt sigur că va fi întotdeauna nevoie de oameni capabili de integrare.*

**Hans Selye,** *De la vis la descoperire. Despre omul de ştiinţă,*
Ed. Medicală, Bucureşti, 1968

### ① Multivalenţa şi interdisciplinaritatea stresului

Dimensiunea şi complexitatea fenomenului de stres şi a consecinţelor sale este foarte bine ilustrată de multitudinea disciplinelor care-l înglobează şi îl studiază, fapt pentru care anumite segmente ale stresologiei sunt analizate de monografiile şi tratatele respective:

- fiziologia, adaptologia, fiziopatologia, patofiziologia, agresologia şi reanimarea;
- neuro-psiho-biologia, neuroştiinţele, cercetarea creierului;
- sănătatea mintală şi psihiatria - tulburările de stres şi patologia stres-dependentă;
- psihologia, psihologia clinică şi psiho-somatica;
- endocrinologia şi imunologia;
- medicina muncii, medicina sportivă, medicina aeronautică şi medicina militară;
- medicina internă, medicina de familie, medicina comunitară;
- sociologia, medicina psiho-socială, sănătatea publică;
- medicina holistică, medicina anti-îmbătrânire şi ştiinţele longevităţii.

În continuare, prezentăm numai monografiile şi cărţile cu tematică exclusivă de stres, care la rândul lor - în majoritate - abordează, datorită vastităţii fenomenului, numai unul sau mai multe segmente de stresologie:

- 1974 - Floru, R., *Stresul psihic,* Ed. Enciclopedică Română, Bucureşti, 1974.
- 1990 - Popescu, A. L., Popescu, N. A., *Stresul la animale de fermă,* Ed. Ceres, 1990.
- 1992 - Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A., *Stresul în sănătate şi boală,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992.
  - Percek, A., *Stresul şi relaxarea,* Ed. Teora, Bucureşti, 1992.
  - Ioneci, G., *Profilaxia şi terapia stresului,* Ed. Hera, Piteşti, 1992.
- 1993 - Iamandescu, I. R., *Stresul psihic şi bolile interne,* Ed. All, Bucureşti, 1993.
- 1997 - Revista Română de Sănătate Mintală, Număr tematic: *Stresul,* vol. 4, nr. 1, pp. 1-56, 1997.

www.dacoromanica.ro

- 2000 - Prelipceanu, D., Mihailescu, R., Teodorescu, R. (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000:
  - Alexandrescu, L. C., *Stresul psihic,* pp. 167-210;
  - Riga, D., Riga, S., *Stres, stres oxidativ, îmbătrânire şi patologia neuro-psihică,* pp. 211-225;
  - Riga, S., Riga, D., *Terapii moderne de activare cerebrală anti-stres şi anti-îmbătrânire,* pp. 415-440;
- 2002 - Iamandescu, I. R., *Stresul psihic din perspectivă psihologică şi psiho-somatică,* Ed. Infomedica, Bucureşti, 2002.
- 2004 - Riga, S., Riga, D. (eds.), Revista Română de Sănătate Mintală, Număr tematic: *Stresul şi societatea modernă,* 11(1): 1-62, 2004.
  - Olinescu, R., *Despre emoţii şi stres,* Ed. Gramar, Bucureşti, 2004.
- 2005 - Ene, S., *Cum reacţionăm la stres,* Ed. Polirom, Iaşi, 2005.
- 2007 - Riga, D., Riga, S., *O nouă paradigmă în medicină şi psihiatrie: tetrada disstres → uzură → îmbătrânire → polipatologie,* pp. 31-75. In: G. Cornuţiu, D. Marinescu (eds.), *Orientări şi perspective în gândirea psihiatrică românească actuală,* vol. 1, Ed. Universităţii din Oradea, Oradea, 2007.
  - Riga, S., Riga, D., *Stresologie, adaptologie şi sănătate mintală,* Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, 2008.


**② De la fiziologie, ergonomie şi palestrică la medicina stresului**

Integrând pluridisciplinar fiziologia de la medicina omului sănătos, adaptologie, ergonomie, palestrică la efort, suprasolicitare, stres, endocrinologie, cu determinismul psihopatologic din psiho-somatică, patologia stres-dependentă, psihiatrie, **prof. dr. Petru Derevenco** (n. 1924) devine **creatorul Şcolii de stresologie de la Cluj-Napoca,** care se adaugă la reputatele Şcoli de medicină şi cercetare din România.

Îmbogăţeşte experienţa şi tradiţia înaintaşilor, se formează ca fiziolog în Institutul de Cercetări Medicale din Cluj-Napoca al Academiei Române, devine cercetător ştiinţific principal, doctor în ştiinţe medicale, doctor docent, medic primar, profesor universitar şi din 1996 membru de onoare al Academiei de Ştiinţe Medicale; în 1963 Ministerul Învăţământului îi acordă Premiul I, iar în 1966 Academia Română îi decernează medalia „Meritul ştiinţific".

Cu o continuitate de peste 50 ani, prof. dr. Petru Derevenco realizează cercetări multidisciplinare complexe, experimentale şi clinice, instruieşte şi conduce colective de specialişti, comunică şi publică valoroase lucrări ştiinţifice în ţară şi străinătate, scrie capitole în tratate, precum şi monografii în domeniu, care reprezintă priorităţi pentru România.

www.dacoromanica.ro

Cărţile publicate (timp de 30 ani, având cuprins şi rezumat în limba engleză) reprezintă - prin conţinut, bogăţie de informaţii, multitudinea de referinţe bibliografice - adevărate manuale şi ghiduri pentru cercetarea şi practica ergonomică şi sportivă pentru stresologie şi medicină:

- *Efortul şi sistemul endocrin,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1976;
- *Bazele fiziologice ale ergonomiei,* vol. I (în colaborare), Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1984;
- *Bazele fiziologice ale ergonomiei,* vol. II (în colaborare), Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1986;
- *Some psychological features of children and youth in Romania,* pp. 182-194, in: D. Saklofske, S. Eisenck (eds.), *Individual differences in children and adolescents,* Hodder & Stoughton, London, 1988;
- ***Stresul în sănătate şi boală,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992** (structurată în 10 capitole, 243 pagini, numeroase figuri şi tabele, 635 referinţe - monografia reprezintă o prioritate în domeniu pentru România, iar ca valoare nu a fost egalată nici după 15 ani);
- *Fiziologia efortului în sport,* Ed. Argonaut, Cluj-Napoca, 1998;
- *Influenţa stresului fizic şi mental asupra sistemului cardiovascular în repaus şi efort,* pp. 48-66. In: E. Gligor (ed.), *Patologia cardiovasculară la sportivi,* Ed. Casa Cărţii de Ştiinţă, Cluj-Napoca, 2005.

Valoarea cercetărilor este relevată şi de abordarea multifactorială, integrativă şi dinamică în medicina stresului, prin gradientul: sănătate → stres → boală, în dimensiune bio-psiho-socială. Comunică şi publică peste 240 lucrări ştiinţifice:

- în România în: *Fiziologia Normală şi Patologică; Romanian Journal of Physiology; Fiziologia-Physiology; Studii şi Cercetări Medicale* (Cluj-Napoca); *Clujul Medical; Timişoara Medicală; Igiena; Viaţa Medicală; Revista de Psihologie; Creier, Cogniţie, Comportament; Palestrica mileniului III;*
- în reviste internaţionale: *Naturwissenschaften* (Heidelberg); *Agressologie* (Paris); *Journal de Physiologie* (Paris); *Endokrinologie* (Leipzig); *Psycho-neuroendocrinology* (London); *Endocrinologia experimentalis; Activitas Nervosa Superior* (Praha); *Sportarzt und Sportmedizin* (Köln); *Medicina dello Sport* (Torino).

Cu adevărat senior al stresologiei româneşti, prof. dr. Petru Derevenco realizează sinteze periodice privind progresele în medicina şi cercetarea stresului:

- Derevenco, P., Un bilanţ de cercetări internaţionale despre stress (1936-1986), *Rev. Psihol.*, 33: 327-334, 1987.
- Derevenco, P., Romanian contributions to stress research, *Rom. J. Physiol.*, 33: 101-112, 1996.
- Derevenco, P., Problematica stresului dezbătută într-o revistă de prestigiu. *Palestrica Mileniului III,* 6: 83-84, 2005.
- Derevenco, P., Romanian scientific progress in international stress research and stress-aging medicine, *Fiziologia-Physiology,* 16(1): 9-14, 2006.

www.dacoromanica.ro

**③ Cercetări avansate în stresologie şi medicina anti-îmbătrânire**

Domeniul adaptologie / stresologie reprezintă o graniță binară mobilă în construcția sănătății / provocarea bolii, fiind direct interconectat prin consecințele sale cu psihologia medicală şi psihosomatica, cu pshiatria, neurologia şi geriatria.

Benficiind de o pregătire interdisciplinară şi de o valoroasă experiență în cercetarea ştiințifică, începând din anii '70, CSP gr. I dr. Sorin Riga (neurobiochimie ⊕ psihiatrie) şi CSP gr. I dr. Dan Riga (neuromorfologie ⊕ neurologie) - cercetători ştiințifici principali gr. I, doctori în ştiințe medicale, medici primari şi coordonatorii Departamentului de profilaxie şi cercetare a stresului - au deschis o nouă direcție în **cercetarea, medicina şi psihofarmacoterapia stresului şi adaptării,** cu un larg impact internațional.

Cercetările româneşti de avangardă s-au axat într-o dublă sinteză - operată în relația specifică (cauză → efect, etiologie → patogenie):

- prelucrată în nivel preclinic (experimental): disstres ⇔ stres oxidativ ⇔ îmbătrânire; şi
- integrate la nivel clinic: sănătate mintală ⇔ disstres ⇔ patologie stres-dependentă, psihiatrie, psihosomatică.

Stresul oxidativ este veriga comună în triada secvențială disstres → uzură → îmbătrânire şi la nivelul sistemului de stres neuro-psiho-biologic provoacă formarea şi acumularea progresivă a deşeurilor subcelulare (lipopigmenții): lipofuscină şi ceroid, care devin un marker de stres / vulnerabilitate la acelaşi nivel neuro-psiho-biologic. Cuplurile (stres → uzură ⊕ uzură → îmbătrânire) vulnerabilizează → decompensează sănătatea mintală, provocând în registru acut - cronic:

- în plan psihopatologic - tulburările mintale legate de stres, de adaptare, nevrotice, anxioase, depresive, neurastenice, somatoforme;
- în plan ontogenetic - îmbătrânirea normală şi patologică (neglijabilă, gradată, accelerată, rapidă, tulburările mintale organice).

Autorii au dezvoltat - în cadrul unor studii moderne de cercetare a creierului - modele experimentale de stres (individual sau combinat): disstres acut şi cronic, disstres psihic, toxic sau biologic, stres hipoxic sau ischemic, stres oxidativ, disstres anabolic şi catabolic. Efectele anti-homeostaziante ale disstresului au fost investigate la nivel macromolecular, metabolic, subcelular, celular şi tisular prin metode avansate din cadrul neuroştiințelor: neurobiochimie, izolări selective de neuroni / glii vii din creier şi neuromorfologie - calitativă şi cantitativă.

Excelența ştiințifică înscrisă în cercetarea, medicina şi psihofarmacoterapia stresului - este atestată prin ***concepția - invenția - terapia - medicamentul original românesc ANTAGONIC-STRESS®*** - contra stresului, uzurii şi îmbătrânirii şi de creştere a adaptării şi longevității.

www.dacoromanica.ro

Terapia (specifică, simultană şi sinergică) a fost verificată prin numeroase studii complexe, ale autorilor sau independente, comparative, multicentrice şi multianuale, care au integrat rezultatele cercetărior experimentale pe animale de laborator, cu eficienţa şi superioritatea terapeutică obţinute în clinica umană, în sănătatea mintală, patologia stres-dependentă, psihiatrie, neurologie, geriatrie şi medicină internă.

Contribuţia ştiinţifică în domeniu este relevată şi de următoarea selecţie de participări şi lucrări ştiinţifice (după anul 1992) ale doctorilor Sorin şi Dan Riga:

- 3rd International Congress on Clinical Psychopathology, Timişoara, RO, April 3-5, 1992:
  - *A synthetic model for the neuro-psycho-biologic stress system,* p. 16;
  - *A neuro-psycho-biological marker for stress and vulnerability,* p. 17;
- 1st World Congress on Stress, Bethesda, MD, USA, October 4-7, 1994 - singurii reprezentanţi ai României:
  - *Accelerated lipofuscino- and ceroidolysis by Meclofenoxate and Antagonic-Stress® in the brain tissue,* p. 71;
  - *RNA and protein biosynthesis stimulation by Orotic acid and Antagonic-Stress® in stressed aging brain,* p. 72;
  - *Neurometabolic anti-stress intervention in neurasthenia,* p. 41;
  - *Anti-stress neurometabolic treatment in alcoholism,* p. 45;
  - *Anti-aging and anti-stress treatments in elderly people,* p. 53;
- 7th International Congress on Stress, Montreux, Switzerland, February 19-24, 1995 - singurii reprezentanţi ai României:
  - *Neurometabolic antioxidative therapy in stress and aging,* p. 76;
  - *Nootropic antioxidative therapy in stress and aging,* p. 77;
- In: G. P. Chrousos, R. McCarty, K. Pacák et al. (eds.), *Stress-Basic Mechanisms and Clinical Implications,* Ann. New York Acad. Sci., Vol. 771, New York Academy of Sciences, New York, NY, 1995 - singurii autori din România:
  - *An antistress and antiaging neurometabolic therapy: accelerated lipofuscinolysis and stimulated anabolic regeneration by the Antagonic-Stress® synergistic formula,* pp. 535-550;
- Revista Română de Sănătate Mintală, vol. 4, nr. 1, 1997 - număr tematic: *Stressul:*
  - *Neuro-psiho-biologia stressului şi a uzurii biologice,* pp. 11-15;
  - *Direcţii moderne în psihofarmacoterapia stresului şi a uzurii biologice,* pp. 21-26;
  - *Cercetarea internaţională în domeniul stresului în condiţiile globalizării fenomenului,* pp. 31-33;
- Revista de Farmácia et Bioquímica da Universidade de São Paulo, Vol. 34, Suppl. 1 *(Free Radical Research for the 21st Century),* 1998 - singurii autori din România:

www.dacoromanica.ro

- *Cerebral activation therapy in the increase of neuropsychic adaptation,* p. 215;
- *Antioxidative neurometabolic therapy in potentation of antistress adaptation,* p. 215;

- 2nd World Congress on Stress, Melbourne, Australia, October 25-29, 1998 - singurii reprezentanți ai României:
  - *Anti-stress and anti-aging neurometabolic anti-oxidative therapy. I. Preclinical synthesis,* Abstr. no. 0145;
  - *Nootropic antioxidative therapy in stress, aging and related disorders. II. Clinical review,* Abstr. no. 0146;
- In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de sănătate mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, RO, 2000:
  - *Stres, stres oxidativ, îmbătrânire şi patologie neuro-psihică,* pp. 211-225;
  - *Terapii moderne de activare cerebrală anti-stres şi anti-îmbătrânire,* pp. 415-440;
- In: G. Cornuțiu (ed.), Al 2-lea Congres Național de Psihiatrie *„Tulburările nevrotice în actuala dinamică a factorilor de stres",* Oradea, RO, 9-11 octombrie 2003:
  - *Stres şi vulnerabilitate psihopatologică în psihogeriatrie,* pp. 231-237;
- In: S. Riga, D. Riga - *Departamentul de profilaxie şi cercetare a stresului* (eds.), Revista Română de Sănătate Mintală, vol. 11, nr. 1, pp. 1-68, 2004 - număr tematic: *Stresul şi societatea modernă;* Revista, editată la standarde internaționale, ISSN 1453-8857, având cuprins şi rezumate în 3 limbi: română, franceză, engleză - publică 5 lucrări ale editorilor:
  - *Globalizarea stresului,* pp.1-2;
  - *Impactul stresului în societatea modernă: implicarea societății în cercetarea şi terapia disstresului şi patologiei stres-dependente,* pp. 3-5;
  - *Sănătatea mintală şi stresul: priorități ale societății moderne,* pp. 6-12;
  - *Vulnerabilitate, stres şi îmbătrânire: dimensiunea antropologică a stresului în îmbătrânire,* pp. 35-44;
  - *Terapii moderne anti-stres,* pp. 45-52;
- In: E. Sorel, D. Prelipceanu (eds.), *Images of Psychiatry - Romania. 21 Century Romanian Psychiatry,* sub egida WPA - World Psychiatric Association, Infomedica Press, Bucharest, RO, 2004:
  - *Protective and cerebral activating therapies with anti-stress, anti-impairment and anti-aging actions,* ch. II. 1.2, pp. 64-69;
  - *Romanian priorities in the biology of stress and regenerative medicine,* ch. II. 1.3, pp. 69-75;
  - *Romanian priorities in the stress therapy and prolongevity medicine,* ch. II. 1.4, pp. 75-81;
- In: A. D. N. J. de Grey (ed.), *Strategies for Engineered Negligible Senescence. Why Genuine Control of Aging May Be Foreseeable,* Ann. New York Acad. Sci., vol. 1019, New York Academy of Sciences, New York, NY, 2004:

www.dacoromanica.ro

- *Regenerative medicine: Antagonic-Stress® therapy in disstress and aging. I. Preclinical synthesis - 2003,* pp. 396-400;
- *Prolongevity medicine: Antagonic-Stress® drug in disstress, geriatrics and related diseases. II. Clinical review - 2003,* pp. 401-405;

- In: F. A. Schneider, D. M. Podea, P. D. Nanu (eds.), *Gerontology Today,* Ed. Viața Medicală Românească, Bucureşti, RO, 2007:
  - *Etio-pathogenic patterns of stress-aging medicine in neuro-psycho-geriatrics* , pp. 265-272;
  - *Synergistic simultaneous anti-stress and anti-aging strategies in geronto-prophylaxis and healthy longevity* , pp. 108-116;
- In: G. Cornuțiu, D. Marinescu (eds.), *Orientări şi perspective în gândirea psihiatrică românească actuală,* vol. 1, Ed. Universității din Oradea, Oradea, RO, 2007:
  - *O nouă paradigmă în medicină şi psihiatrie: tetrada disstres → uzură → îmbătrânire →polipatologie,* pp. 31-75;
- D. Riga,, S. Riga, *Medicina anti-îmbătrânire şi ştiințele longevității,* Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, RO, 2007.

Confirmarea valorii şi progresului înscris de CSP gr. I dr. Sorin Riga şi CSP gr. I Dan Riga în medicina stresului, terapiile anti-stres şi adaptologie sunt evidențiate şi prin următoarele (selecție):

- organizarea în 1995, de către *American Institute of Stress,* New York, USA, în cadrul celui de al *7th International Congress on Stress,* Montreux, Elveția, a unei *Sesiuni speciale dedicate României* - pentru prezentarea cercetărilor ştiințifice bio-medicale şi terapeutice anti-stres ale dr. Dan Riga şi dr. Sorin Riga - România;
- brevetarea mondială a *concepției - invenției - terapiei Antagonic-Stres® (anti-stres, anti-uzură, anti-îmbătrânire)* - brevetare internațională (1994-1995: PCT / RO - WIPO), europeană (1999 - EUR. Pat. cu desemnarea în 16 state europene), românească (2001 - RO. Pat.) şi multi-națională (1998-2005: patente în USA, Canada, Rusia, China, Coreea, Japonia, Brazilia, Australia);
- citarea în literatura ştiințifică şi medicală internațională a concepției dr. Sorin Riga şi dr. Dan Riga - România, a lucrărilor şi terapiei anti-stres / anti-aging / pro adaptare / pro longevitate;
- membri fondatori ai *World Stress Society (WSS),* membri ai *International Society for the Investigations of Stress (ISIS)* etc.;
- înființarea în 1999 a *Departamentului de profilaxie şi cercetare a stresului* (coordonatori: dr. Sorin Riga şi dr. Dan Riga), în cadrul Spitalului Clinic de Psihiatrie „Prof. dr. Al. Obregia", Bucureşti;
- evidențierea progresului ştiințific românesc în cercetarea internațională a stresului şi în medicina stresului, adaptării şi îmbătrânirii:
  - de către prof. dr. doc. Nicolae Ursea, Editorul *Enciclopediei Medicale Românești. Secolul XX,* Universitatea de Medicină şi Farmacie „Carol Davila" Bucureşti, 2001 - la domeniu (pp. 816-817) şi personalități (p. 1403);

www.dacoromanica.ro

- de către seniorul stresologiei româneşti şi fondatorul Şcolii de stresologie de la Cluj-Napoca - prof. dr. Petru Derevenco: *Romanian scientific progress in international stress research and stress-aging medicine,* Fiziologia-Physiology, vol. 16, nr. 1, pp. 9-14, 2006.

**Bibliografie selectivă**

Având în vedere specificul acestui capitol şi pentru a reflecta mai bine cercetarea stresului în România, sursele bibliografice au fost incluse şi detaliate în text:

- 16 cărți, tratate şi monografii;
- 15 capitole în cărți multiautor;
- 14 lucrări în reviste ştiințifice;
- 12 comunicări ştiințifice la congrese naționale şi internaționale;
- 10 brevete de invenții.

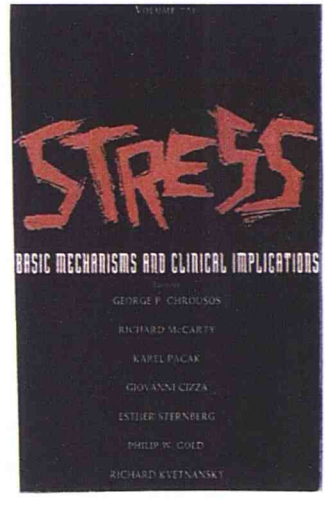
www.dacoromanica.ro

SĂNĂTATE MINTALĂ
STRESS
PSIHIATRIE şi PSIHOSOMATICĂ

STRESS
STRESS OXIDATIV
ÎMBĂTRÂNIRE şi BOLI

Dan PRELIPCEANU • Radu MIHAILESCU • Radu TEODORESCU
TRATAT
de
SĂNĂTATE MINTALĂ
volumul 1

REVISTA ROMÂNĂ DE
Sănătate Mintală
„O lume sănătoasă
într-o minte sănătoasă"
DOSAR: STRESUL ŞI SOCIETATEA MODERNĂ


STRESS
BASIC MECHANISMS AND CLINICAL IMPLICATIONS
GEORGE P. CHROUSOS
RICHARD McCARTY
KAREL PACAK
GIOVANNI CIZZA
ESTHER STERNBERG
PHILIP W. GOLD
RICHARD KVETNANSKY

# Capitolul 6. STRESUL - FENOMEN, FACTORI, PROCES, SISTEM, CONSECINȚE

*Azi, oricine se așteaptă să fie fericit. Mai mult însă, dacă cineva este nefericit, imediat consideră că ceva este în neregulă fie cu el, fie cu lumea din jur, dacă nu cumva cu amândouă.*

**G. M. Carstairs,** A land of lotus eaters?
*American Journal of Psychiatry,* 125: 1576-1580, 1969.

## ① Stresul și personalitatea umană

Abordarea integrativ-dinamică a personalității umane, etio-patogeniei tulburărilor psihice și interrelațiilor biologic - psihic - social a relevat un triplu determinism, evidențiat prin modelul bio-psiho-social, introdus în psihiatrie de P. Brânzei (1, 2) și ulterior de G. L. Engel (3, 4).

În plus, din abordarea sintetică - fenomenologică, antropologică, psihologică și informațională s-a cristalizat teoria triontică (interontică) a personalității, introdusă în psihiatrie de E. Pamfil (5, 6), unde motivația - primul „obiect" pe care se aplică limbajul, devine o „cauzalitate comunicativă" de natură interontică.

De aceea, stresul - ca proces, fenomen și consecințe - în interrelație cu ființa umană (sistem bio-psiho-social ⊕ energetic - informațional - de comunicare), devine extrem de complex și poate fi caracterizat ca un adevărat suprasistem multidimensional dinamic al stresului.

Omul - ca ființă bio-psiho-socială - evoluează în etapele de viață (cicluri, ontogeneză) într-un registru binar și antagonic:

- de la (+) adaptare - rezistență - sănătate - longevitate,
- la (–) mal-adaptare / dezadaptare - vulnerabilitate - boală (boli) - moarte prematură.

## ② Stresul ca fenomen și sistem

Stresul ca fenomen intrinsec al vieții și consecințe în sanogeneză / patogeneză trebuie cunoscut (prin analiză, management, terapie) în complexitatea și manifestările sale, de la nivel de individ la cel de societate.

În consecință, fenomenul de stres (disstres) este definit / evaluat în prezenta monografie prin:

- stresori (factori care provoacă stres) - analiza lor;
- răspunsul la stresori, reacția de stres, sindromul general de adaptare (consecință a acțiunilor stresorilor) - diagnosticul și evaluarea stresului;
- tulburările (bolile, maladiile) provocate de disstresul acut / cronic - patologia stres-dependentă: psihiatrică, psihosomatică, somatică.

www.dacoromanica.ro

Într-un mod similar, va fi structurat în Partea II - ADAPTOLOGIE fenomenul de adaptare: sindromul general de adaptare, eustres, coping, mecanisme de adaptare, tulburările de adaptare.

Încadrarea sistemului de stres (stresori - adaptare - patologie stres-dependentă / de adaptare) în sisteme binare - ternare - cuaternare, la rândul lor sinergice / antagonice determină (7, 8, 9):

- atât adâncirea cunoaşterii fenomenului, perfecţionarea diagnosticului şi evaluării;
- cât şi identificarea de noi posibilităţi (resurse) de intervenţie-profilaxie, terapie şi recuperare anti-stres.

Sistemul binar de sinergism (–) are ca rezultat = (–) x (–):

- disstres / stresori - creştere în intensitate, repetivitate, asociere;
- disstres, agresiuni / lipsă eustres, deficit de adaptare;
- disstres / lipsă de odihnă, refacere, relaxare, recreare;
- disstres / vulnerabilitate bio-psiho-socială;
- disstres / personalităţi acentuate, comportamente tip A sau C, tulburări de personalitate;
- disstres / „boli ale stilului de viaţă" (OMS, 1990);
- disstres / alimentaţie dezechilibrată, carenţială, toxică = patogenă;
- disstres / sedentarism, lipsă - deficit de mişcare, de exerciţii fizice;
- disstres / patologie stres-dependentă.

Sistemele multiple sinergice (–) ternare, cuaternare etc. provoacă drept consecinţă agravarea - accelerarea - multiplicarea disstresului şi patologiei stres-dependente = (–) x (–) x (–) şi (–) x (–) x (–) x (–) etc.

De aceea, în medicină sistemele nosografice internaţionale / naţionale de clasificare - diagnostic - descriere - evaluare a maladiilor (tulburărilor, patologiei, bolilor) sunt multi-axiale şi structurate, pentru a caracteriza cât mai complet şi global afecţiunea şi contextul ei:

- factori de risc - factori de disstres - stil de viaţă;
- individ bio-psiho-social - în etape de viaţă - şi procesualitate etio-patogenică.

Clasificarea Internaţională a Maladiilor (Bolilor) şi a Problemelor Conexe de Sănătate, revizia a 10-a, elaborată de Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) a fost aprobată la cea de a 43-a Adunare Mondială (mai 1990) şi a intrat în vigoare în toată lumea din ianuarie 1994 (10, 11, 12, 13, 14). În continuare vom folosi prescurtarea în engleză: **ICD-10, WHO, 1992.**

În codificare alfa-numerică, grupează 21 capitole (literele alfabetului), cuprinzând fiecare 100 subdiviziuni de boli (sau grupe de boli), notate cu 3 caractere alfa-numerice. Fiecare boală se divide în 10 coduri, specificate la nivelul caracterului 4 cu .0 - .9.

ICD-10, WHO, 1992 realizează sistematic diagnosticul - structurarea - evaluarea:

- disstresului (atât disstresori, cât şi tulburări provocate de disstres);
- vulnerabilităţii psihologice (tulburări de personalitate); şi

www.dacoromanica.ro

- adaptării bio-psiho-sociale (deficit de adaptare / mal-adaptare şi tulburări de adaptare);

în 2 (două) axe:

- capitolul V (F) - Tulburări mintale şi de comportament (F 00 - 99); şi
- capitolul XXI (Z) - Factori care influenţează starea de sănătate şi motivele recurgerii la servicii de sănătate.

Manualul de Diagnostic şi Statistică a Tulburărilor Mintale, ediţia a 4-a, text revizuit, elaborat de Asociaţia Americană de Psihiatrie (APA) a fost tipărit în 2000 (15, 16, 17). În text, vom folosi prescurtarea în engleză: **DSM-IV-TR, APA, 2000.**

De asemenea, nosografia psihiatrică americană realizează sistematic diagnosticul - structurarea - evaluarea disstresului, vulnerabilităţii şi adaptării

în 5 (cinci) axe:

- axa I - Tulburările clinice (psihiatrice)
  - Alte condiţii care se pot afla în centrul atenţiei clinice
- axa II - Tulburările de personalitate
  - Retardarea mintală
- axa III - Condiţiile medicale generale
- axa IV - Problemele psihosociale şi de mediu
- axa V - Evaluarea globală a funcţionării.

Cele 2 (două) sisteme nosografice (OMS şi american) constituie astfel o bază comună (internaţională) de referinţă (comparaţie, evoluţie etc.) în stresologie, adaptologie şi sănătate mintală.

**Bibliografie selectivă**

- **Personalitatea umană - concept bio-psiho-social**


1. Brânzei, P., L'actualité nosoloque dans la psychiatrie contemporaine. Critères pour une classification dinamique bio-psycho-sociale en psychiatrie, *Annales Médico-Psychologiques (Paris),* vol. 1 (din 1970): 504-520, 1970.
2. Brânzei, P., Quelques considérations sur la signification d'un concept tridimensionnel dans le développment de la psychiatrie contemporaine, *Annales Médico-Psychologiques (Paris),* vol. 1 (din 1974): 341-355, 1974.
3. Engel, G. L., The clinical application of the bio-psycho-social model, *American Journal of Psychiatry,* 137: 535-544, 1980.
4. Engel, G. L., The need of a new medical model: A challenge for biomedicine, *Science,* 196: 129-136, 1987.
5. Pamfil, E., Ogodescu, D., *Psihologie şi informaţie*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1972.
6. Pamfil, E., Ogodescu, D., *Nevrozele*, Ed. Facla, Timişoara, 1974.


www.dacoromanica.ro

- **Stresologie**
  7. Kenny, T. D., Carlson, J. G., McGuigan, F. J., Sheppard, J. L. (eds.), *Stress and Health. Research and Clinical Applications,* Harwood Academic Publ., Amsterdam, 2000.
  8. Riga, S., Riga, D. (eds.), Stresul şi societatea modernă (Număr tematic), *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11(1): 1-68, 2004.
  9. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Vulnerabilitatea biologică: premiză şi parte componentă a vulnerabilităţii, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 12(1): 13-23, 2005.
- **ICD-10, WHO, 1992**
  10. World Health Organization (WHO), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,* 10th Revision *(ICD-10),*
      - vol. 1 - *Tabular List,*
      - *vol. 2 - Instruction Manual,*
      - vol. 3 - *Index,*

      WHO, Geneva, 1992.
  11. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines,* WHO, Geneva, 1992.
  12. Ministerul Sănătăţii, Centrul de Calcul şi Statistică Medicală, *Clasificarea Internaţională a Maladiilor,* Revizia a 10-a OMS *(CIM-10, OMS)*:
      - vol. 1 - *Lista Codurilor cu 3 caractere şi Tabelul analitic,*
      - vol. 2 - *Reglementările privind clasificarea şi codificarea cauzelor de boală şi deces,*

      Ed. Medicală, Bucureşti, 1993.
  13. *ICD-10,* WHO, *Clasificarea tulburărilor mintale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic,* Ed. All, Bucureşti, 1998.
  14. http://www.who.int/classifications/apps/icd10online
- **DSM-IV-TR, APA, 2000**
  15. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th Edition. Text Revision *(DSM-IV-TR),* APA, Washington, DC, 2000.
  16. Asociaţia Psihiatrică Americană, *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mintale,* Ed. a 4-a Revizuită *(DSM-IV-TR),* Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2003.
  17. http://www.dsmivtr.org/index.cfm; e-mail: DSM@psych.org


www.dacoromanica.ro

## Capitolul 7. **ANALIZA STRESORILOR**

*Clasificarea tipurilor agenților stresanți se realizează după variate criterii, bazate pe caracteristicile acestor factori.*

*Sub raportul agentului stresant, toți factorii sunt stimuli specifici, în măsura în care devin mai ușor și mai precis identificabili.*

*Dintre factorii fizici unii, de exemplu cei termici, sunt facil detectabili, alții, ca aeroionii pozitivi sau unele forme de radiații, ridică probleme mai dificile.*

*Factorii psiho-sociali sunt de asemenea treptat discernabili și identificabili.*

*Dificultăți mai mari ridică discriminarea factorilor combinați, asociați, de pildă cei care generează în complex, stresul urban sau profesional.*

**P. Derevenco, I. Anghel, A. Băban,** *Stresul în sănătate și boală. De la teorie la practică,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992.

### ① Clasificarea stresorilor și stresului

Impactul stresorilor asupra individului, grupului, colectivității (entități bio-psiho-sociale) provoacă efecte/consecințe diferite la nivelul adaptării: solicitare, suprasolicitare, epuizare, depășire și perturbare / tulburare (1, 4).

Efectele impactului depind de „calitatea receptorului"/persoanei → societății, care variază între 2 (două) extremități (2, 3):

- (+) rezistență, adaptare, vitalitate, antrenament, sanogeneză, longevitate;
- (–) vulnerabilitate, dezadaptare, uzură / epuizare, lipsă antrenament, patogeneză, moarte prematură.

Mai mult, omul fiind o ființă bio-psiho-socială, stresul provoacă o agresionare pe toate planurile ființei umane (când depășește capacitatea de adaptare a individului), deci o agresionare/agresologie bio-psiho-socială.

Agresionarea organismului prin factori (agenți) stresanți (stresori), care sunt în continuă creștere, diversificare și permanetizare prezintă o serie de caracteristici (în registrul de frecvență și intensitate), (3, 4):

- scade eustresul și crește disstresul;
- scad posibilitățile de adaptare (bio-psiho-sociale) ale individului și cresc reacțiile mal-adaptative, pe parcursul ontogenezei;
- scade vitalitatea și redundanța (structurală și funcțională) a organismului și crește uzura și vulnerabilitatea individului, o dată cu desfășurarea ciclurilor de viață.

www.dacoromanica.ro

Clasificarea stresorilor (s.) şi stresului (s.) se poate realiza după o varietate largă de criterii; iată pe cele mai importante:

- intensitate şi durată de acţiune:
  - s. supraacut, s. acut, s. subacut,
  - s. cronic, s. postcronic;
- imapct şi reacţia organismului (interrelaţia stimul-răspuns):
  - eustres (stresul cu caracter favorabil, s. pozitiv, s. bun); şi
  - disstres (stresul nociv, s. negativ, s. rău);
- frecvenţă şi continuitate:
  - s. ocazional (facultativ), s. intermitent, s. permanent;
  - s. singular (unic), s. multiplu (mai mulţi stresori);
  - s. repetat, s. cumulat;
- nivel structural - funcţional al individului:
  - s. metabolic, s. oxidativ, s. ischemic, s. hipoxic;
  - s. neuro-biologic, s. neuro-endocrin, s. somatic;
  - s. psihic, s. emoţional, s. psiho-social;
- natură şi sursă:
  - s. neurobiologic, somatic - provocat de interacţiunea mediului extern fizic, chimic şi biologic cu omul:
    - s. fizici: s. gravitaţional (imponderabilitate / acceleraţie), s. prin radiaţii, s. electromagnetici, s. luminoşi, s. prin schimbarea presiunii atmosferice (s. hiperbar), s. prin modificarea umidităţii, s. termici (cald / frig), s. sonori (zgomot), s. vibratori (trepidaţii) etc.;
    - s. chimici: agenţi toxici, chimici (accidentali / profesionali), noxe chimice, poluare (industrială, gaze eşapament etc.) etc.;
    - s. biologici: agenţi biologici, infecţii cu microorganisme (viruşi, bacterii, fungi) şi/sau paraziţi;
    - s. provocat de dezastre naturale, s. climatic (efect de seră), s. urban;
  - s. psiho-social - rezultat din interacţiunea mediului psiho-social cu individul:
    - s. din familie, s. la locul de muncă (s. profesional), s. din viaţa socială;
    - s. performanţial (s. de competitivitate), s. competiţional (examene, concursuri - în profesie, artistice, sportive), s. informaţional (tehnostresul), sindrom burn-out etc.;
    - s. de comunicare (s. de relaţie cu oamenii), s. societal, s. urban etc.;
    - s. provocat de dezastre umane (războaie), s. populaţional etc.;
  - s. care declanşează, interferă sau însoţeşte procesele patologice:
    - s. din accidente, traumatisme;
    - s. din bolile infecţioase;
    - s. din bolile cardio-cerebro-vasculare (s. hemoragic, s. din accidentul ischemic tranzitoriu, s. din tromboze şi/sau embolii);
    - s. din bolile inflamatorii-degenerative;
    - s. din maladia canceroasă etc.

www.dacoromanica.ro

Importanţa stresorilor (identificare, clasificare, măsurare, dinamică, evaluare) este demonstrată în diagnosticul multi-axial şi etio-patologia generală a bolilor, cu precădere a tulburărilor mintale şi psihosomatice.

Aceste deziderate sunt realizate de cele 2 (două) nosografii specificate anterior.

**② Stresul în ICD-10, WHO, 1992**

Astfel, **ICD-10, WHO, 1992** (5, 6, 7, 8, 9), în cadrul diagnosticului multi-axial la **Capitolul 21 (categoriile Z 00 - 99)** cuprinde **Factorii care influenţează starea de sănătate şi motivele recurgerii la serviciile de sănătate,** altele decât cele pentru boală, traumatisme sau cauze externe - clasate anterior la codurile A 00 - Y 89 şi este structurat în 7 (şapte) grupe:

- Z 00 - Z 13 - Persoane în contact cu serviciile de sănătate pentru diverse investigaţii
- Z 20 - Z 29 - Persoane susceptibile de a fi fost contaminate de boli transmisibile
- Z 30 - Z 39 - Persoane care se adresează serviciilor de sănătate pentru motive legate de reproducţie
- Z 40 - Z 54 - Recurgere la servicii de sănătate pentru acte medicale specifice şi de îngrijire medicală
- Z 55 - Z 65 - Persoane cu risc de sănătate condiţionat de factori socio-economici sau psiho-sociali
- Z 70 - Z 76 - Alte motive de recurgere la serviciile de sănătate
- Z 80 - Z 99 - Antecedente personale şi familiale putând crea riscuri latente de boală şi unele afecţiuni cu efect asupra stării de sănătate.

În fapt, multitudinea şi diversitatea evidenţiată de cei peste 620 de factori specificaţi, reprezintă stresul (disstresul) înglobat sub toate aspectele - directe / indirecte - consecinţe (efecte primare) - consecinţele consecinţelor (efecte secundare) -

- ca factori de stres / factori de risc (de ex.):
  - Z 20 - Persoane în contact sau expuse la boli transmisibile
  - Z 57 - Expunere la factori de risc profesional
  - Z 59 - Dificultăţi legate de locuinţă şi de condiţii economice (Z 59.0 - Absenţa locuinţei, Z 59.5 - Sărăcie extremă)
- ca mod (stil) de viaţă (de ex.):
  - Z 72 - Dificultăţi legate de modul de viaţă - life style (Z 72.0 - Tabagism, Z 72.1 -Alcoolism, Z 72.2 - Toxicomani)
  - Z 73 - Dificultăţi legate de organizarea propriului mod de viaţă (Z 73.2 - Lipsă de relaxare şi de timp liber, Z 73.4 - Competenţă socială neadecvată, neclasată în alte locuri)
- ca stres biologic - metabolic (de ex.):
  - Z 12 - Examinarea specială de depistare a unor tumori
  - Z 59.4 - Alimentaţie defectuoasă
  - Z 72.3 - Lipsa de exerciţiu fizic

www.dacoromanica.ro

- Z 94 - Starea organelor şi ţesuturilor transplantate

- ca stres psihologic-emoţional (de ex.):
  - Z 22 - Persoană purtătoare de germen responsabil de o boală infecţioasă
  - Z 61 - Dificultăţi legate de o copilărie nefericită
  - Z 63 - Dificultăţi legate de anturajul imediat, inclusiv situaţia familială
- ca stres social - comportamental (de ex.):
  - Z 56 - Dificultăţi legate de ocuparea în muncă sau de şomaj
  - Z 60 - Dificultăţi legate de mediul social
  - Z 64 - Dificultăţi legate de unele motive psiho-sociale
  - Z 65 - Dificultăţi legate de alte motive psiho-sociale
- cuprinzând toate intensităţile, duratele şi combinarea lor:
  - disstres - supraacut şi acut
  - disstres - cronic şi postcronic.

În plus, stresul se regăseşte formulat şi ca atare:

- Z 55-56 - Persoane cu risc de sănătate condiţionat de factori socio-economici sau psiho-sociali
  - Z 53.3 - Stres legat de muncă
- Z 70-76 - Alte motive de recurgere la serviciile de sănătate

Z 73 - Dificultăţi legate de organizarea propriului mod (stil) de viaţă

- Z 73.0 - Sindrom Burn-out (epuizare mintală şi biologică, stare de epuizare, sfârşeală)
- Z 73.3 - Stresul neclasat în alte locuri.

Din capitolul 21 (Z 00 - 99) sunt 4 (patru) grupe - categorii care concentrează cea mai mare parte (şi cei mai semnificativi) dintre stresori şi pe care le enumerăm - în listele de coduri cu 3 (trei) caractere:

- Z 00 - 13 Persoane în contact cu serviciile de sănătate pentru diverse investigaţii
  - Z 00 Examinarea generală şi investigaţii la persoanele care nu acuză nici o afecţiune, la care nu s-a stabilit nici un diagnostic de boală
  - Z 01 Alte examinări şi investigaţii la persoanele care nu acuză nici o afecţiune, la care nu s-a stabilit nici un diagnostic de boală
  - Z 02 Examinarea medicală în scopuri administrative
  - Z 03 Punerea sub observaţie şi evaluare medicală când e suspectată o boală
  - Z 04 Examinarea şi punerea sub observaţie în alte scopuri
  - Z 08 Examinarea de control după tratamentul unei tumori maligne
  - Z 09 Examinarea de control după tratamentul altor stări patologice
  - Z 10 Examinarea generală de rutină a unei subpopulaţii definite
  - Z 11 Examinarea specială de depistare a bolilor infecţioase şi parazitare
  - Z 12 Examinarea specială de depistarea unor tumori
  - Z 13 Examinarea specială de depistarea altor boli sau stări patologice
- Z 55 - 65 Persoane cu risc de sănătate condiţionat de factori socio-economici sau psiho-sociali
  - Z 55 Dificultăţi legate de educaţie şi alfabetizare

www.dacoromanica.ro

- Z 56 Dificultăți legate de ocupare în muncă sau de şomaj
- Z 57 Expuncrea la factori de risc profesional
- Z 58 Dificultăți legate de mediul fizic
- Z 59 Dificultăți legate de locuinţă şi de condiţiile economice
- Z 60 Dificultăți legate de mediul social
- Z 61 Dificultăți legate de o copilărie nefericită
- Z 62 Alte dificultăți legate de creşterea şi educaţia unui copil
- Z 63 Dificultăți legate de anturajul imediat, inclusiv situaţia familială
- Z 64 Dificultăți legate de unele motive psiho-sociale
- Z 65 Dificultăți legate de alte motive psiho-sociale

- Z 70-76 Alte motive de recurgere la serviciile de sănătate
  - Z 70 Sfaturi relative la atitudini, comportament sau orientare în materie de sexualitate
  - Z 71 Persoane în contact cu servicii de sănătate pentru alte avize sau sfaturi medicale
  - Z 72 Dificultăți legate de modul de viaţă
  - Z 73 Dificultăți legate de organizarea propriului mod de viaţă
  - Z 74 Dificultăți legate de o dependenţă faţă de persoana care asigură îngrijirile
  - Z 75 Dificultăți legate de instalaţiile medicale şi alte îngrijiri de sănătate
  - Z 76 Persoane în contact cu serviciile de sănătate în alte situaţii
- Z 80-99 Antecedente personale şi familiale putând crea riscuri latente de boală şi unele afecţiuni cu efect asupra stării de sănătate
  - Z 80 Antecedente familiale de tumoră malignă
  - Z 81 Antecedente familiale de tulburări mintale sau de comportament
  - Z 82 Antecedente familiale de anumite incapacităţi şi boli cronice invalidante
  - Z 83 Antecedente familiale de alte boli specifice
  - Z 84 Antecedente familiale de alte afecţiuni
  - Z 85 Antecedente personale de tumoră malignă
  - Z 86 Antecedente personale de alte boli
  - Z 87 Antecedente personale de alte afecţiuni
  - Z 88 Antecedente personale de alergie la substanţe farmacologice
  - Z 89 Absenţa dobândită a unui membru
  - Z 90 Absenţa dobândită a altor organe, neclasate la alte locuri
  - Z 91 Antecedente personale de alţi factori de risc
  - Z 92 Antecedente personale de tratament medical
  - Z 93 Orificii artificiale
  - Z 94 Starea organelor şi ţesuturilor transplantate
  - Z 95 Prezenţa de implante şi de grefe cardiace şi vasculare
  - Z 96 Prezenţa de implante funcţionale
  - Z 97 Prezenţa unei proteze sau altor aparaturi
  - Z 98 Alte stări post-chirurgicale
  - Z 99 Dependenţa de maşini sau diverse aparaturi.

www.dacoromanica.ro

### ③ Stresul în DSM-IV-TR, APA, 2000

De asemenea, **DSM-IV-TR, APA, 2000** (10, 11, 12) relevă determinarea stresorilor în cadrul a 2 (două) axe:

- Axa III: Condiţiile medicale generale
  - reprezintă în principal un stres biologic şi emoţional
- Axa IV: Probleme psiho-sociale şi de mediu
  - reprezintă în principal un stres psiho-social.

Axa III este utilizată în specificarea condiţiilor medicale generale potenţial relevante pentru înţelegerea şi tratamentul unei tulburări mintale şi sunt clasificate în afara capitolului de Tulburări mintale - din ICD-9-CM, WHO, 1975, respectiv capitolul V (F) din ICD-10, WHO, 1992.

Exemple de interrelaţii şi determinisme ale condiţiilor medicale generale cu tulburări mintale (după nosografia americană) -

- relaţie etiologică clară (mecanism fizio-patologic): hipotiroidismul ca o cauză directă a simptomatologiei depresive;
- reacţie psihologică la o condiţie medicală (din axa III) determină o tulburare mintală (în axa I): diagnosticul de cancer mamar induce o Tulburare de adaptare cu dispoziţie depresivă;
- diagnostice multiple pe axa III.

În DSM-IV-TR, cele 16 categorii ale Axei III cuprind (în paranteză) echivalentul ICD-9-CM.

| DSM-IV-TR, APA, 2000 - Axa III: Condiţiile medicale generale | (ICD-9-CM, WHO, 1975: Codurile maladiilor - pe sisteme) |
|---|---|
| Maladii infecţioase şi parazitare | 001-139 |
| Neoplasme | 140-239 |
| Maladii endocrine, de nutriţie şi metabolice şi tulburări imunologice | 240-279 |
| Maladii ale sângelui şi ale organelor hematopoietice | 280-289 |
| Maladii ale sistemului nervos şi ale organelor de simţ | 320-389 |
| Maladii ale sistemului circulator | 390-459 |
| Maladii ale sistemului respirator | 460-519 |
| Maladii ale sistemului digestiv | 520-579 |
| Maladii ale sistemului genito-urinar | 580-629 |
| Complicaţii ale sarcinii, naşterii şi puerperiumului | 630-676 |
| Maladii ale pielii şi ţesutului subcutanat | 680-709 |
| Maladii ale sistemului osteo-muscular şi ţesutului conjunctiv | 710-739 |
| Anomalii congenitale | 740-759 |

www.dacoromanica.ro

| | |
|---|---|
| Anumite condiţii survenind în perioada perinatală | 760-779 |
| Simptome, semne şi maladii rău definite | 780-799 |
| Traumatisme şi otrăviri (intoxicaţii) | 800-999 |

Axa IV este folosită în înregistrările problemelor psiho-sociale şi de mediu, care:

- pot afecta diagnosticul, declaşarea, evoluţia, tratamentul şi prognosticul tulburărilor mintale (axele I şi II);
- pot apărea şi ca o consecinţă a psihopatologiei persoanei; sau
- pot constitui repere utile în planul global de tratament.

Axa IV „colectează" în practică cele mai multe probleme psiho-sociale şi de mediu, dar când acestea se află în centrul atenţiei clinice, ele trebuie înregistrate şi pe Axa I cu un cod din Secţiunea: *Alte condiţii care se pot afla în centrul atenţiei clinice.*

În fapt Axa IV este axa stresorilor psiho-sociali şi de mediu: evenimente negative de viaţă, dificultăţi /deficienţe ambientale, stresuri interpersonale (familiale etc.), inadecvare a resurselor personale / suport social etc.

Astfel, problemele (stresorii) sunt grupate şi exemplificate în următoarele categorii:

- **Probleme cu grupul de suport primar** - de ex.: moartea unui membru al familiei; probleme de sănătate în familie; destrămarea familiei prin separare, divorţ sau înstrăinare; plecarea de acasă; recăsătorirea unui părinte; abuzul sexual sau fizic; hiperprotecţia parentală; neglijarea copilului; disciplină inadecvată; discordie între fraţi; naşterea unui frate;
- **Probleme în legătură cu mediul social** - de ex.: moartea sau pierderea unui amic; suport social inadecvat; a trăi singur; dificultăţi de aculturaţie; discriminare; adaptarea la tranziţia în altă etapă de viaţă (cum ar fi pensionarea);
- **Probleme educaţionale** - de ex.: analfabetism, probleme şcolare, neînţelegere cu profesorii sau colegii; mediu şcolar inadecvat;
- **Probleme profesionale** - de ex.: şomaj, ameninţarea cu pierderea serviciului, orar de lucru stresant, condiţii de lucru dificile, insatisfacţie profesională, schimbarea profesiei, neînţelegere cu patronul sau cu colegii de serviciu;
- **Probleme cu locuinţa** - de ex.: lipsa locuinţei, locuinţă necorespunzătoare, vecinătate periculoasă, neînţelegeri cu vecinii sau cu proprietarul;
- **Probleme economice** - de ex.: pauperitate extremă, finanţe insuficiente, ajutor social insuficient;
- **Probleme cu accesul la serviciile de asistenţă medicală** - de ex.: servicii de asistenţă medicală inadecvate, transport inaccesibil la unităţile de asistenţă medicală, asigurare de sănătate inadecvată;
- **Probleme în legătură cu interacţiunea în sistemul legal/penal** - de ex.: arest, închisore, litigiu, victimă a unei infracţiuni;

www.dacoromanica.ro

- **Alte probleme psiho-sociale de mediu** - de ex.: expunerea la un dezastru, război, alte ostilități; neînțelegere cu tutorii care nu fac parte din familie, cum ar fi un avocat, asistent social sau medic; inaccesibilitate la agențiile de servicii sociale.

**Bibliografie selectivă**


- **Medicina stresului**
  1. Cooper, C. L. (eds.), *Handbook of Stress, Medicine and Health,* CRC Press, Boca Raton, FL, 1996.
  2. Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A., *Stresul în sănătate şi boală. De la teorie la practică,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992.
  3. Riga, S., Riga, D. (eds.), Stresul şi societatea modernă (Număr tematic), *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11(1): 1-68, 2004.
  4. Riga, D. Riga, S., *Medicina anti-îmbătrânire şi ştiinţele longevităţii,* Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, 2007.
- **ICD-10, WHO, 1992**
  5. World Health Organization (WHO), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,* 10th Revision *(ICD-10),*
     - vol. 1 - *Tabular List,*
     - vol. 2 - *Instruction Manual,*
     - vol. 3 - *Index,*

     WIIO, Geneva, 1992.
  6. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines,* WHO, Geneva, 1992.
  7. Ministerul Sănătăţii, Centrul de Calcul şi Statistică Medicală, Clasificarea Internaţională a Maladiilor, Revizia a 10-a OMS *(CIM-10, OMS)*:
     - vol. 1 - *Lista Codurilor cu 3 caractere şi Tabelul analitic,*
     - vol. 2 - *Reglementările privind clasificarea şi codificarea cauzelor de boală şi deces,*

     Ed. Medicală, Bucureşti, 1993.
  8. *ICD-10,* WHO, *Clasificarea tulburărilor mintale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic,* Ed. All, Bucureşti, 1998.
  9. http://www.who.int/classifications/apps/icd10online
- **DSM-IV-TR, APA, 2000**
  10. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th Edition. Text Revision *(DSM-IV-TR),* APA, Washington, DC, 2000.
  11. Asociaţia Psihiatrică Americană, *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mintale,* Ed. a 4-a Revizuită *(DSM-IV-TR),* Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2003.
  12. http://www.dsmivtr.org/index.cfm; e-mail: DSM@psych.org


www.dacoromanica.ro

# Capitolul 8. **DIAGNOSTICUL ŞI EVALUAREA STRESULUI**

*Îndatorirea omului constă în exprimarea propriului său eu, conform înzestrărilor sale şi dobândirea unui sentiment de siguranţă conştientă.*

*În vederea acestui scop trebuie să începem prin a ne cerceta nivelul de stres personal.*

*Orice situaţie disstresantă lasă în urmă ei o „cicatrice chimică".*

**Hans Selye** (1907-1982)

## ① Evaluarea stresului

Mondializarea stresului, „invazia" stresorilor (multiplicare, agravare) în toate sectoarele şi perioadele vieţii şi societăţii, consecinţele sale negative (de la scăderea productivităţii muncii la bolile stilului de viaţă, de adaptare, stres-dependente, psihosomatice) reprezintă determinismul pentru investigarea şi evaluarea acestui fenomen.

În acest scop şi datorită complexităţii stresologiei, au fost elaborate scale, chestionare, inventare şi sisteme de evaluare:

- diferenţiate pe diverse tipuri de stresori, de adaptare / mal-adaptare, pe consecinţele stresului sau instrumente de evaluare globală;
- cuprinzând toate categoriile de vârstă (ciclurile de viaţă);
- în condiţii de normalitate (persoane sănătoase), de activitate (în stres), până la patologia stres-dependentă, bolile psihosomatice şi somatice.

Importanţa cunoaşterii şi evaluării stresului pentru sistemele de sănătate (servicii şi asigurări) şi societatea modernă devine foarte importantă (chiar o necesitate datorită multiplelor beneficii/avantaje), (12):

- individuale de micro-macro-grup şi societate;
- medicale şi nemedicale, directe şi indirecte.

Evaluarea în dinamică a disstresului/patologiei stres-dependente investighează (măsoară) la nivel individualizat (personalizat), (13):

- identificarea şi caracterizarea stresorilor;
- diagnosticul (calitativ şi cantitativ) al reacţiilor de mal-adaptare şi tulburărilor provocate de disstres;
- evoluţia, prognosticul şi agravarea afecţiunilor;
- eficienţa măsurilor, programelor, adaptării (învăţării - antrenării) şi terapiilor anti-(disstres / maladii stres-dependente).

www.dacoromanica.ro

**② Profilul de Stres Wheatley (WSP)**
**Ariile (domeniile) de stres**

**PROFILUL DE STRES Wheatley** (WSP) răspunde deziderateloг şi exigenţelor prezentate anterior.

WSP este un instrument multi-axial, global (bio-psiho-social) şi complet (calitativ - arii / cantitativ - scoruri /grafic):

- arii şi scoruri de stres parţiale
  (tulburări în stilul de viaţă, psihice şi psiho-somatice);
- profilul global de stres;
- scorul total de stres; şi
- cantitatea de stres din viaţa persoanei.

WSP este un instrument specific - înalt individualizat (personalizat):

- în funcţie de gen (masculin sau feminin); şi
- de vârstă (tânăr, adult sau bătrân);
- pentru utilizare în dinamică (repetitiv):
  înainte şi la diferite intervale după:
  - evenimente stresante,
  - terapii cognitiv-emoţional-comportamentale,
    de adaptare / anti-stres,
  - terapii ortomoleculare anti-stres / anti-patologie stres-dependentă.

WSP este larg utilizat în medicina şi cercetarea stresului, a fost aplicat în culturi şi populaţii diferite - de ex.:

- Europa - Anglia, România etc.,
- SUA,
- China.

În continuare este prezentat Manualul WSP (în traducere şi adaptare, cu acordul autorului):

- caracterizare generală;
- structură sintetică (cele 9 arii /domenii de stres);
- descriere, explicaţii şi cotaţii (pentru fiecare arie individuală);
- definire, mod de calcul, înscriere:
  profil, scor total şi cantitatea de stres (din viaţa persoanei);
- fişă de colectare şi calculare a scorurilor (parţiale şi totale);
- profilul, scorul şi cantitatea de stres - ale persoanei;
- bibliografie - descriere şi aplicare:
  - 9 referinţe Wheatley şi colaboratorii (referinţele bibliografice 1-9: fundamentare, descriere şi aplicare WSP);
  - 6 referinţe drs. Riga (referinţele bibliografice 10-15: aplicarea / prezentarea WSP în România).

www.dacoromanica.ro

# THE WHEATLEY STRESS PROFILE (W.S.P.)
# PROFILUL DE STRES WHEATLEY (W.S.P.)

*Măsura (dimensiunea, forța, puterea) **fundamentală** (esențială) **a omului** nu este atunci când el se află în momente de confort și comoditate (avantaj, profit), ci **atunci când el se găsește în momente (clipe) de provocare (contestare)** și discuții în contradictoriu.*

**Martin Luther King** (1929-1968)
Premiul Nobel pentru Pace 1964

Această deviză (citat, aforism), de la un om care a îndurat multe distresuri (advesități) în timpul vieții sale, necesită un răspuns la întrebarea: **ce este stresul?**

**Stresul** poate fi cauzat **de multe nenorociri (adversități) ale vieții,** fie mari sau mici, depinzând de circumstanțele (împrejurările) date și **de personalitatea individului.** Stresul însuși nu este o boala, dar poate cauza atât indispoziții (dureri) fizice cât și emoționale, atunci când individul este incapabil de a face față (de a depăși) stresul.

În special, când stresul este de lungă durată și nu poate fi evitat sau învins, atunci depresia poate deveni stabilă ca boală, ceea ce conduce la creșterea dificultății de a face față (a surmonta) stresul original.

**Profilul de stres** a fost conceput și dezvoltat (perfecționat) pentru **a măsura severitatea stresului** în **9 (nouă) importante arii** (domenii, segmente) ale vieții, unde el se întâlnește uzual, și astfel de **a diagnostica boala** care poate rezultă din el.

Fiecare **arie** (domeniu) are un număr de **întrebări, răspunsurile** fiind date ca scoruri, precum se arată mai jos. Acestea sunt apoi adunate într-un **scor total** pentru **fiecare arie.**

www.dacoromanica.ro

**ARIILE (domeniile) de STRES -**

**din PROFILUL de STRES WHEATLEY (W.S.P.)**

1. OBICEIURILE SOCIALE : alcool, fumat, cafeină, droguri (stupefiante)

2. STRESURILE SOCIALE : munca, recreare (relaxare, distracții, timp liber), căsătorie / relația cu partenerul, confidență (încredere), alte persoane, înfățișare exterioară / sănătate

3. EVENIMENTE de VIAȚĂ : emoțional, viață/câștig, viață/bucurie, sănătate generală, boala severă sau moarte

4. PROBLEME SEXUALE : libidou, relația sexuală, probleme somatice (fizice), vinovăția sau alte griji (îngrijorări), masturbare, femei (durere/graviditate)

5. PROBLEME cu SOMNUL : începutul somnului, de câte ori trezirea, sfârşitul somnului (somn final), durata somnului, starea sufletească la trezire

6. P S I H I C : anxietate, depresie; memorie, somatic; starea sufletească de anxietate, stări somatice de anxietate; starea sufletească de depresie, comportament depresiv

7. ÎMBĂTRÂNIRE : nemulțumire, auz/vedere, indispoziții fizice, activități reduse

8. MENSTRUAȚIA (FEMEI) : menstruații anormale, sindrom premenstrual (schimbări ale stării sufleteşti, funcție / activitate, simptome fizice) sau menopauză (schimbări ale stării sufleteşti, modificări sexuale, simptome fizice)

9. STRESUL şi INIMA : ereditatea, cardiofobia.

www.dacoromanica.ro

## MĂSURAREA PROFILULUI de STRES PROPRIU

## ARIILE (DOMENIILE) de STRES

### 1. OBICEIURILE SOCIALE

**Alcoolul**

Ne-băutorii şi băutorii grei au mai multe (fac mai frecvent) boli de inimă decât băutorii slabi, aşa încât acestora din urmă li se dă scorul 0. Sunt întrebuinţate recomandările oficiale, o „băutură" fiind definită ca: 1/2 halbă (pintă = 0,57 l în Anglia şi 0,47 l în S.U.A) de bere, un pahar de vin, o singura măsură de băuturi alcoolice tari (spirtoase).

Băuturi săptămânale: bărbaţi 21, femei 15 = uşor;
peste = greu.

**Fumatul**

Zilnic: 1-15 ţigări, 2-3 trabucuri sau pipe de tutun = uşor;
peste = greu.

**Cafeina**

Un stimulent şi dacă sunteţi deja sub stres (stresat), vă face şi mai nervos. Cafeaua conţine cel mai mult, ceaiul, „cola" şi alte băuturi uşoare (vezi eticheta) în jur de 1/2 din cantitate.

Zilnic: 1-3 ceşti de cafea (1-6 din altele) = uşor;
peste = greu.

**Droguri (stupefiante)**

Întrebuinţarea neregulată (sfârşituri de săptămână, petreceri etc., numai droguri uşoare (de ex. marihuana) = uşor;

Întrebuinţarea zilnică regulată, drogurile „grele" = greu.

| 1. OBICEIURI SOCIALE | NU | UŞOR | GREU |
|---|---|---|---|
| a) ALCOOL : | 1 | 0 | 2 |
| b) FUMAT: | 0 | 1 | 2 |
| c) CAFEINĂ: | 0 | 1 | 2 |
| d) DROGURI: | 0 | 1 | 2 |

TOTAL (a + b + c + d): .....

www.dacoromanica.ro

## 2. STRESURILE SOCIALE

**Munca**

Stresul poate fi cauzat de slujbe neplăcute sau plicticoase, suprasolicitare (istovire), probleme personale cu prietenii (colegii), în particular acelea cu oficialitățile sau prin concediere. Evaluați cât de mult astfel de stresuri vă necăjesc (vă deranjează), de ex. sever ar fi atunci când Dvs. vă gândiți la ele tot timpul şi aceasta interferă cu plăcerea (bucuria) Dvs. normală de viață.

**Recreare (Relaxare, Distracții, Timpul liber)**

Stresul este deseori implicat în sporturile competitive, chiar ca spectator, de ex. atunci când cineva este de partea celui (celor) care pierd meciul! Lipsa de îndemânare, timpul insuficient sau lipsa momentelor potrivite de aş permite variate preocupări de timp liber sunt alte cauze; de ex. lipsa completă de participare de la activitățile uzuale ale vieții ar putea cauza stresuri severe.

**Căsătorie / Relația cu partenerul**

Lipsa de compatibilitate cu partenerul poate cauza grade variate de stres, precum şi faptul de a nu avea un partener. Evaluați cât de mult această relație vă supără (vă necăjeşte).

**Confidență (Încredere)**

Când suntem sub stres, deseori ajută dacă Dvs. aveți pe cineva căruia să-i povestiți despre necazurile Dvs. Lipsa unui asemenea confident apropiat poate cauza grade variate de stres.

**Alte persoane**

Cum vă înțelegeți Dvs. cu alte persoane în general ? de ex. timiditatea sau lipsa de oportunitate de a se întâlni cu alții poate cauza variate cantități de stres la diferite persoane. Cât de mult vă afectează aceasta pe Dvs.?

**Înfățişare exterioară / Sănătate**

Anumite persoane sunt neliniştite de cum arată: prea graşi / prea slabi, prea scunzi / prea înalți, pistruiat (cu coşuri), chel etc. Neliniştea asupra unei boli personale poate de asemenea cauza stres, de ex. răceli frecvente.

| 2. STRESURILE SOCIALE. Cât de mult stres există acum în relație cu următoarele? | NU | UŞOR | MODERAT (MEDIU) | SEVER |
|---|---|---|---|---|
| a) MUNCA: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b) RECREARE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c) CĂSĂTORIE / RELAȚIA CU PARTENERUL: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| d) CONFIDENT APROPIAT: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| e) ALTE PERSOANE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| f) ÎNFĂȚIŞARE EXTERIOARĂ/ SĂNĂTATE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SCOR TOTAL (a + b + c + d + e + f): ..... | | | | |

www.dacoromanica.ro

## 3. EVENIMENTE DE VIAŢĂ

**Lucruri (evenimente), care s-au petrecut în trecut,** fie recente fie la distanţă (mergând înapoi chiar în copilărie), pot totuşi cauza stres în momentul actual. Ele pot fi prezente în mod constant în gândurile unei persoane sau pot reapare din timp în timp şi sub diferite circumstanţe. Evenimentele pot fi rele sau bune, dar de obicei primele (cele rele). De ex. un eveniment „bun" care poate totuşi cauza stres ar fi rememorarea emoţiei primei călătorii in străinătate. **Acelaşi eveniment poate fi fie bun, fie rău, fie stresant sau nu,** ceea ce depinde de circumstanţele individuale. De ex. divorţul poate fi o tragedie pentru un individ, dar pentru altcineva poate fi o eliberare (uşurare) binevenită.

Este important de a distinge **întâmplările prezente (stresurile sociale)** de evenimentele din trecut, deşi (cu toate că) situaţia stresantă din prezent îşi poate avea originea într-un eveniment stresant din trecut sau poate fi o continuare a lui.

Oricare asemenea evenimente care totuşi cauzează Dvs. variate grade de stres, ar putea fi consemnate sub următoarele titluri:

**Emoţional**

Acestea au legătură (convergenţă) cu relaţiile interpersonale, de ex.: părinţi separaţi în copilărie, abuz asupra copilului/sau abandon, întâmplări de dragoste nefericite, graviditate neaşteptată etc.

**Viaţă / Câstig**

Evenimente în legătură cu pregătirea (instruirea) şi munca (activitatea), de ex.: căderea la examene, pierderile financiare, concediere, retrogradarea în funcţie etc.

**Viaţă / Bucurie**

Accidente de maşină / acasă, pierdere la sport, vacanţe contramandate (anulate), dezamăgiri de toate felurile.

**Sănătate generală**

Implicarea Dvs. sau a altora, dar care nu primejduiesc viaţa, de ex. neliniştea (teama) că un astm avut în copilărie poate conduce mai târziu la afectarea sănătăţii.

**Boală severă sau Moarte**

O boală serioasă (severă) care vă afectează pe Dvs. sau pe cei apropiaţi Dvs./ sau moartea unui prieten apropiat sau a unei rude.

www.dacoromanica.ro

| 3. EVENIMENTE DE VIAȚĂ. Cât de mult evenimentele trecute vă tulbură (neliniștește, agită) în prezent? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NU | UȘOR (PUȚIN) | MODERAT (MEDIU) | SEVER |
| a) EMOȚIONAL: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b) VIAȚĂ (CÂȘTIG): | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c) VIAȚĂ (BUCURIE): | 0 | 1 | 2 | 3 |
| d) SĂNĂTATE GENERALĂ: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| e) BOALĂ SEVERĂ/MOARTE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SCOR TOTAL (a + b + c + d + e): ..... | | | | |

## 4. PROBLEME SEXUALE

Există aspecte variate ale sexului care pot cauza stresul.

**Libidoul**

Aceasta este dorința pentru sex și el poate varia considerabil de la persoană la persoană și de la un interval de timp la altul. Aceasta nu înseamnă în realitate cât de mult este satisfăcut nivelul Dvs. de libidou. Dar uneori indivizii se plâng de prea mult sau prea puțin sex. Libidoul redus poate fi cauzat de îmbolnăviri și în special (în particular) de depresie.

**Relația sexuală**

Aceasta poate cauza stres în multe moduri (căi); de ex. un partener poate dori relația sexuală mai des decât celălalt, partenerul poate fi prea pasiv/prea insistent. Poate exista dezgustul pentru proceduri contraceptive sau tehnicile de a face dragoste pot fi nesatisfăcătoare pentru un partener (de ex. neacordarea unui timp suficient pentru preliminarii). În final, lipsa relației sexuale este deseori stresantă.

**Probleme somatice (fizice)**

De ex. erecția proastă, ejacularea prematură la bărbați; căderea orgasmului obținut la femei.

**Vinovăția sau alte griji (îngrijorări)**

Deseori există o relație ilicită, de ex. o legătură extraconjugală. Poate exista dezgust (antipatie) atunci când un partener dorește practici „anormale" față de celălalt, de ex. sex oral. Pot să se necăjească (să-și facă griji) atunci când sunt percepute inadecvări (nepotriviri) corporale, de ex. sâni/penis prea mici.

www.dacoromanica.ro

**Masturbare**

Mulţi indivizi recurg la aceasta, chiar atunci când există o relaţie sexuală normală, iar starea de vinovăţie poate fi un rezultat al educaţiei sau că ea se foloseşte în locul "lucrului (procedeului) real".

**FEMEI**

Încercaţi un sentiment de durere în raporturile sexuale sau frică (teamă) de graviditate?

| 4. PROBLEME SEXUALE. Aveţi vreo nelinişte (teamă) asupra: | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NU | UŞOR | MODERAT | FOARTE (MULT) |
| a) LIBIDOUL: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b) RELAŢIA SEXUALĂ: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c) PROBLEME SOMATICE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| d) VINOVĂŢIE / GRIJI: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| e) MASTURBARE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| f) FEMEI DURERE / GRAVIDITATE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SCOR TOTAL (a + b + c + d + e + f): ..... | | | | |

## 5. PROBLEME CU SOMNUL

Lipsa **somnului,** în special atunci când este prelungită noapte după noapte, poate fi extrem de stresantă. Există diferite aspecte ale somnului care pot fi afectate.

**Începutul somnului**

Majoritatea oamenilor adorm în 1/2 (jumătate) de oră din momentul când sunt gata de somn. În medie, cât de lungă este această perioadă?

**De câte ori trezirea**

Majoritatea indivizilor nu se trezesc în timpul nopţii sau trezirea este numai ocazională. În medie, de câte ori vă treziţi în timpul nopţii?

**Sfârşitul somnului (Somnul final)**

Majoritatea oamenilor se trezesc dimineaţa la un timp potrivit (apropiat) de timpul lor de trezire. Dacă Dvs. vă sculaţi mai înainte decât acesta şi nu puteţi să dormiţi din nou, aceasta se numeşte **„insomnie de trezire"**. În medie, cât de lung este timpul între trezirea Dvs. şi ora la care trebuie sa vă sculaţi?

**Durata somnului**

Durata medie a somnului este de **7-9 ore**, dar există o variaţie considerabilă, compatibilă cu sănătatea şi normalitatea. Indivizii care dorm mai puţin de 5 ore sau mai mult de 9 ore sunt întrucâtva cu un risc mai mare de a suferi de afecţiuni cardiace, decât cei care dorm în acest interval. În medie, câte ore dormiţi pe noapte?

www.dacoromanica.ro

**Starea sufletească la trezire**

Dacă Dvs. aveți un somn de noapte bun, la trezire ar trebui sa vă simțiți complet odihnit (înviorat, reconfortat). În medie, cum vă simțiti?

| 5. PROBLEME CU SOMNUL | < = mai puțin decât | > = mai mult decât | |
|---|---|---|---|
| a) ÎNCEPUTUL SOMNULUI: | < 1/2 h = 0 | 1/2 - 1 h = 1 | >1 h = 2 |
| b) DE CÂTE ORI se face TREZIREA: | 0 - 1 = 0 | 2 - 3 = 1 | 4 + = 2 |
| c) SOMNUL FINAL înainte de TREZIRE: | < 1/2 h = 0 | 1/2 - 1 h = 1 | > 1 h = 2 |
| d) DURATA SOMNULUI: | 7 - 9 h = 0 | 5 - 6 h = 1 | < 5 h sau > 9 h = 2 |
| e) STAREA SUFLETEASCĂ LA TREZIRE: | bună = 0 | medie = 1 | proastă = 2 |
| SCOR TOTAL (a + b + c + d + e): ..... | | | |

## 6. PSIHIC

**Răspunsul imediat la stres** este o stare de alertă crescută şi de anxietate. Acesta este desemnat prin natura de a da posibilitatea animalelor (şi omului) de a răspunde în cel mai indicat mod (cale) la o amenințare sau pcricol („reacție de luptă sau de fugă"). Totuşi când **stresul este prelungit,** atunci **depresia** ca boala se poate dezvolta insidios, dar poate fi dominată de simptome ale **anxietății,** ce pot fi mai evidente („depresie mascată"). Anxietatea şi depresia pot fi prezente în acelaşi timp, iar anumite simptome sunt comune la amândouă (afecțiuni), astfel că scorurile totale sunt calculate precum urmează:

**Anxietate**

Scorurile în comun şi simptomele anxietății se adaugă împreună.

**Depresie**

Scorurile în comun şi cele ale depresiei se adaugă împreună.

**Memorie**

Uitarea şi dificultatea de a se concentra. Poate interfera cu lectura (citirea) şi atunci când este severă, cu dificultatea de a purta (de a continua) o conversație din cauză că nu vă mai amintiți ceea ce urma să spuneți.

**Somatic**

Simptome somatice atunci când nu există nimic în neregulă (sau) care să le cauzeze. Ele sunt în special exagerate atunci când există o situație stresantă. Ele sunt următoarele: dormitul prea mult sau prea puțin (vezi secțiunea anterioară), tulburările de stomac şi intestine, gură uscată, inapetență, pierdere în greutate. Dvs. puteți avea una sau mai multe din acestea, iar severitatea se estimează prin cât de mult ele vă necăjesc pe Dvs., de ex.: dacă Dvs. opriți munca sau chiar mergeți în pat (la culcare) din cauza lor = sever sau foarte sever.

www.dacoromanica.ro

**Starea sufletească de anxietate**

Senzaţia de: anxietate, nervozitate, tensiune şi „de a fi pe muchie", tremurare, frică, iritabilitate. Se pot produce atacuri de panică, care să vă necăjească (neliniştească) mult, chiar şi la lucruri mici. Din nou, aprecierea (notarea) înseamnă cât de mult aceste simptome vă necăjesc (vă incapacitează) pe Dvs.?

**Stări somatice de anxietate**

**Acestea** sunt: transpiraţia, tremuratul (dârdâiala), palpitaţiile, gâfâiala, perioade scurte (alternative) de cald şi rece, „greutate în torace", urinare frecventă. Cât de mult aceste simptome vă incapacitează pe Dvs.?

**Starea sufletească de depresie**

Senzaţia de: depresie, tristeţe (melancolie), lipsă de ajutor (neajutorare), lipsă de speranţă (disperare), lipsă de valoare (nefolositor), înlăcrimat sau chiar de a striga fără motiv. Lipsa de interes şi lipsa de plăcere pe care Dvs. sau alţii o simt.

**Comportament depresiv**

Viaţa nu merită trăită ( nu are valoare de a fi trăită), comportament de suicid, **vinovăţie** asupra erorilor trecute sau deziluzii (decepţii) asupra oamenilor. Senzaţia că sunteţi în prăbuşire şi că depresia este o „pedeapsă". Puteţi chiar auzi voci să vă spună aceasta = foarte sever.

6. PSIHIC. Simptome comune atât la anxietate cât şi la depresie:

| | NU | UŞOR | MEDIU | SEVER | FOARTE SEVER |
|---|---|---|---|---|---|
| a) MEMORIE: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) SOMATIC: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

(Comun) Subscor X: .....

Simptome ale anxietăţii:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| c) STAREA SUFLETEASCĂ DE ANXIETATE: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| d) STĂRI SOMATICE DE ANXIETATE: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

(Anxietate) Subscor Y: .....

Simptome ale depresiei:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| e) STAREA SUFLETEASCĂ DE DEPRESIE: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| f) COMPORTAMENT DEPRESIV: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

(Depresie) Subscor Z: .....

TOTAL ANXIETATE (Subscoruri X + Y): .....

TOTAL DEPRESIE (Subscoruri X + Z): .....

www.dacoromanica.ro

## 7. ÎMBĂTRÂNIRE

Această secțiune trebuie completată dacă Dvs. aveți **vârsta peste 65 ani.**

Una din problemele principale atunci când Dvs. îmbătrâniți este **creșterea izolării** de alții în comunitate. Aceasta se datorează nu numai **diverselor circumstanțe** ca de ex.: a trăi singur, pensionarea, prieteni care nu mai sunt, familia mutată departe etc., dar și mai ales agravate de **dizabilități** (neputință, incapacitate) și scăderi ale simțurilor. Astfel, auzitul devenind mai greu (dificil), poți conștientiza aceasta și astfel să te retragi din conversația cu alții.

**Nemulțumire**

Dvs. ați putut face adaptările la schimbările și împrejurările Dvs. datorate vârstei, dar pe de altă parte, acum vă simțiti nefericit cu această parte (cale) a vieții.

Cât de mult regretați schimbările în circumstanțele (situația) Dvs., de când ați devenit mai bătrân?

**Auz / Vedere**

Dacă Dvs. nu auziți sau nu vedeți la fel de bine ca atunci când erați mai tânăr, cât de mult vă necăjește (vă incapacitează) aceasta?

**Indispoziții fizice**

Anumite boli se dezvoltă (evoluează) de când ați devenit mai bătrân și pot interfera cu viața Dvs. zilnică. Astfel, artrita este atât durere, cât și interferență cu abilitatea de a vă deplasa, de a merge la cumpărături și de a întâlni oameni.

Pierderile (căderile) de memorie cresc dependența de alții și de asemenea interferă cu contactele sociale. Există multe alte exemple. În ce măsură asemenea probleme vă stresează?

**Activități reduse**

Vă necăjește dacă Dvs. nu mai puteți face lucrurile pe care le făceați? Dacă da, cât de mult?

| 7. ÎMBĂTRÂNIRE. Cât de mult vă supără (vă incapacitează) următoarele? | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | NU | UȘOR | MEDIU | FOARTE MULT |
| a) NEMULȚUMIRE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| b) AUZ / VEDERE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| c) INDISPOZIȚII FIZICE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| d) ACTIVITĂȚI REDUSE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| SCOR TOTAL (a + b + c + d): ..... | | | | |

www.dacoromanica.ro

## 8. MENSTRUAŢIA (FEMEI)

**Perioadele menstruale** uzual se produc la intervale regulate de 3-4 sătămâni, ultimele 3-4 zile şi nu sunt nejustificat apăsătoare sau dureroase.

Când apar abateri (anomalii) ale ciclului sau chiar ale menstruaţiei, ele pot deveni supărătoare şi pot cauza stresul. Astfel, dacă menstruaţiile sunt apăsătoare şi mai frecvente, Dvs. vă puteţi teme de cancer etc., în timp ce dacă este întârziată sau redusă, Dvs. puteţi crede că sunteţi însărcinată.

Apoi, Dvs. puteţi suferi de **Sindromul Pre-Menstrual (P.M.S.)**, atunci când apar variate simptome neplăcute, în zilele 1-14 dinaintea începutului menstruaţiei, iar când aceasta începe ele diminuă.

Alternativ, dacă **Menopauza** (schimbare a vieţii) a început, de ex.: menstruaţii lipsă, menstruaţii dificile, de la vârsta de 38 ani (în mod obişnuit la 45-50 ani), atunci alte simptome neplăcute pot apărea.

Completaţi secţiunea asupra Menstruaţiilor Anormale şi apoi fie cea despre P.M.S. sau despre Menopauză, în funcţie de vârsta cea mai apropiată. Nu completaţi ambele aceste secţiuni, ci fie una, fie cealaltă.

**a) Menstruaţii anormale**

Menstruatiile pot fi: dureroase, abundente, reduse, neregulate. Dacă da, cât de mult vă necăjeşte (supără) aceasta?

Dacă există **P.M.S.**, cât de mult vă stresează aceste simptome?

**b) Schimbări ale stării sufleteşti**

Anxietate, tensiune, iritabilitate şi/sau depresie. Acestea pot creşte gradat până la a atinge un maxim la începutul menstruaţiei, când ele diminuă dramatic.

Cantitatea de stres depinde atât de intensitatea simptomelor, cât şi de numărul de zile cât durează. Desigur Dvs. puteţi avea astfel de simptome tot timpul. În acest caz, severitatea depinde cât de rău vă este înainte de menstruaţie.

**c) Funcţie (activitate)**

Pierderea energiei şi dificultatea de a vă simţi obişnuit înainte de menstruaţii în P.M.S.

Acestea pot fi atât de severe încât să interfere cu munca (activitatea) şi chiar să fie afectată chiar o parte din timp din cauza lor.

**d) Simptome fizice**

Aceste simptome pot fi: câştigarea în greutate, retenţia de lichide, umflarea sânilor, cefalee, migrenă etc.

www.dacoromanica.ro

Dacă există **MENOPAUZA**, cât de mult vă stresează aceste simptome?

**b) Schimbări ale stării sufleteşti**

Aceleaşi ca pentru P.M.S.: anxietate, tensiune, iritabilitate, depresie.

Dacă au existat înainte de menopauză, cât de mult au fost agravate de aceasta?

**c) Modificări sexuale**

Deseori există reducerea libidoului (dorinței pentru sex) şi vagin uscat, care pot face actul sexual dificil.

**d) Simptome fizice**

Acestea sunt diferite de cele din P.M.S. şi cuprind: cunoscutele îmbujorări cu valuri de căldură, transpitații (deseori noaptea), dureri de cap (cefalee) şi vertijuri (amețeli).

8. MENSTRUAȚIA. Cât de mult vă supără (vă incapacitează) acestea?

| | | NU | UŞOR | MEDIU | FOARTE MULT |
|---|---|---|---|---|---|
| SINDROM PRE-MENSTRUAL | a) MENSTRUAȚII ANORMALE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | b) SCHIMBĂRI ALE STĂRII SUFLETEŞTI: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | c) FUNCȚIE (ACTIVITATE): | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | d) SIMPTOME FIZICE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| sau | | | | | |
| MENOPAUZĂ | b) SCHIMBĂRI ALE STĂRII SUFLETEŞTI: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | c) MODIFICĂRI SEXUALE: | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | d) SIMPTOME FIZICE: | 0 | 1 | 2 | 3 |

SCOR TOTAL (a + b + c + d): .....

www.dacoromanica.ro

## 9. STRESUL şi INIMA

**Principalul răspuns** la stres este **simţirea prin inimă şi circulaţie** („luptă sau fugi"), şi astfel orice supărare (inconfort) pe care îl aveţi cu inima poate fi un important factor de stres.

**Ereditatea**

Îngrijorarea ca Dvs. să fi moştenit o predispoziţie la infarct miocardic, angină pectorală (cardiopatie ischemică cronică dureroasă), hipertensiune, accident vascular cerebral, diabet etc.

Suferă cineva din rudele (de sânge) apropiate de aceste afecţiuni sau de alte boli cardiace?

Cu cât mai mult sunt prezente aceste afecţiuni, cu atât mai mare este îngrijorarea asupra lor.

**Cardiofobia**

Frica de a avea o tulburare (afecţiune) cardiacă, fie reală sau imaginară, oricare ar fi motivul (raţiunea).

Cât de mult vă îngrijorează aceasta?

0 = de loc;
1 = uşor (ocazional);
2 = mediu, moderat (când nu vă preocupa psihic);
3 = marcat, vizibil (aproape tot timpul).

| 9. STRESUL şi INIMA. Cât de mult vă îngrijorează (supără)? | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | NU | UŞOR | MEDIU | MARCAT | EXTREM |
| a) EREDITATEA: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| b) CARDIOFOBIA: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

SCOR TOTAL (a + b): .....

www.dacoromanica.ro

**③ Profilul de Stres Wheatley (WSP)**
**Măsurare, arii, scor şi cantitatea de stres**

## MĂSURAREA PROFILULUI DE STRES PROPRIU

Cu un instrument (creion) marcator lat (marker) umpleți căsuțele din matricea profilului de stres, până la **scorul** pe care l-ați calculat **pentru fiecare arie (secțiune) de stres**, de ex.:

| | Foarte uşor | | | Uşor | | | Mediu | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Obiceiuri sociale | | | | | | 3 | | | | = scor 2 |
| 2. Stresurile sociale | | | 4 | 5 | 6 | | 7 | 8 | | = scor 3 |

Apoi, Dvs. puteți compara cât de mult stres aveți în diferite arii (secțiuni) ale vieții. Scorurile în categoriile **Foarte uşor şi Uşor** indică **stres nesemnificativ.** Deoarece scorurile posibile totale diferă în diferite arii, sfârşitul fiecărei marcări (umpleri) indică comparativ **cantitatea de stres pentru fiecare arie (secțiune).**

Dvs. puteți de asemenea să calculați **scorul Stresului Total** prin adunarea (împreună) a scorurilor de la toate ariile. Acesta poate fi apoi exprimat ca un procent al scorului de stres (**Cantitatea de stres** din viața Dvs.). Pentru a face aceasta, împărțiți scorul Dvs. total prin posibilitatea maximă relevantă după cum urmează şi multiplicați (înmulțiți) cu 100.

| | | |
|---|---|---|
| VÂRSTA 65 şi S U B: | BĂRBAȚI = **106** | FEMEI = **121** |
| **VÂRSTA 66 şi PESTE:** | **BĂRBAȚI = 118** | **FEMEI = 133** |

De exemplu:

Dacă Dvs. sunteți femeie în vârsta de 54 ani şi ați înregistrat un scor al stresului total de 41, atunci cantitatea de stres în viața Dvs. este = 41: 121 x 100 = 34% (33,88%).

SCORUL **STRESULUI TOTAL** al Dvs: .....
**MAXIMUM** pentru Dvs: .....
**CANTITATEA de STRES** în VIAȚA Dvs: .....

**W.S.P.** (Wheatley Stress Profile) este de asemenea foarte folositor pentru a măsura schimbările în nivelurile Dvs. diferite de **stres** cu trecerea timpului **(la intervale diferite de timp).**

Astfel Dvs. puteți vedea îmbunătățirea actualizată, atunci când Dvs. luați măsurile necesare pentru a face față (a depăşi) problemele stresante ale Dvs.

www.dacoromanica.ro

# PROFILUL de STRES Wheatley - The Wheatley STRESS PROFILE (W S P)

## ① ARIILE (domeniile, subscalele) şi SCORURILE lor de stres (Fişa individuală de recoltare parametri)

| 1. OBICEIURI SOCIALE | nu | uşor | | greu | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Alcool: | 1 | 0 | | 2 | |
| b) Fumat: | 0 | 1 | | 2 | |
| c) Cafeină: | 0 | 1 | | 2 | |
| d) Droguri: | 0 | 1 | | 2 | |

| 2. STRESURILE SOCIALE | nu | uşor | mediu | sever | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Munca: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| b) Recreare: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| c) Căsătorie / relaţia cu partenerul: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| d) Confident apropiat: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| e) Alte persoane: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| f) Înfăţişare exterioară / sănătate: | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| 3. EVENIMENTE DE VIAŢĂ | nu | uşor | mediu | sever | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Emoţional: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| b) Viaţă (câştig): | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| c) Viaţă (bucurie): | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| d) Sănătate generală: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| e) Boală severă / moarte: | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| 4. PROBLEME SEXUALE | nu | uşor | mediu | foarte mult | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Libidoul: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| b) Relaţia sexuală: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| c) Probleme somatice: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| d) Vinovăţie / griji: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| e) Masturbare: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| f) Femei durere / graviditate: | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| 5. PROBLEME CU SOMNUL | < = mai puţin decât | | > = mai mult decât | Total |
|---|---|---|---|---|
| a) Începutul somnului: | < 1/2 h = 0 | 1/2 - 1 h = 1 | >1 h = 2 | |
| b) De câte ori se face trezirea: | 0 - 1 = 0 | 2 - 3 = 1 | 4 + = 2 | |
| c) Somnul final înainte de trezire: | < 1/2 h = 0 | 1/2 - 1 h = 1 | > 1 h = 2 | |
| d) Durata somnului: | 7 - 9 h = 0 | 5 - 6 h = 1 | < 5 h sau > 9 h = 2 | |
| e) Starea sufletească la trezire: | bună = 0 | medie = 1 | proastă = 2 | |

www.dacoromanica.ro

| 6. P S I H I C | nu | uşor | mediu | sever | foarte sever | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Simptome comune atât la anxietate cât şi la depresie: | | | | | | |
| a) M e m o r i e: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Total (X) |
| b) S o m a t i c: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| (Comun) Subscor X: ..... | | | | | | |
| c) Starea sufletească | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Total (X+ Y) |
| d) Stări somatice de anxietate: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| (Anxietate) Subscor Y: ..... | | | | | | |
| e) Starea sufletească de depresie: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | Total (X+ Z) |
| f) Comportament depresiv: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| (Depresie) Subscor Z: ..... | | | | | | |

| 7. ÎMBĂTRÂNIRE | nu | uşor | mediu | foarte mult | Total |
|---|---|---|---|---|---|
| a) Nemulţumire: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| b) Auz / vedere: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| c) Indispoziţii fizice: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| d) Activităţi reduse: | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| 8. MENSTRUAŢIA | | nu | uşor | mediu | foarte mult | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | a) Menstruaţii anormale: | 0 | 1 | 3 | 3 | |
| SINDROM | b) Schimbări ale stării sufleteşti: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| P R E - | c) Funcţie (activitatc): | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| MENSTRUAL | d) Simptome fizice: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| s a u | | | | | | |
| MENOPAUZĂ | b) Schimbări ale stării sufleteşti: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| | c) Modificări sexuale: | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| | d) Simptome fizice: | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| 9. STRESUL şi INIMA | nu | uşor | mediu | marcat | extrem | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Ereditatea: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| b) Cardiofobia: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |

www.dacoromanica.ro

Nume şi prenume: Data evaluării:
Genul persoanei:
Data naşterii:
Grupa sangvină:

## ② PROFILUL de stres BIO-PSIHO-SOCIAL (pe arii şi global)

| | Foarte uşor | | Uşor | | Mediu | | Marcat | | Sever | | Foarte sever | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Obiceiuri sociale | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | |
| 2. Stresuri sociale | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 3. Evenimente de viaţă | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | | |
| 4. Probleme sexuale - Bărbaţi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | | | |
| - Femei | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| 5. Somn | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | | | | | | |
| 6.a. Anxietate | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | |
| 6.b. Depresie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | | |
| 7. Îmbătrânire (peste 65 ani) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | |
| 8. Probleme ginecologice sau endocrine (Femei) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | |
| 9. Stresul şi Inima | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | | | | | | | | | | |

**③ SCORUL stresului total: .....**

**④ CANTITATEA de stres din viaţa persoanei: .....**
**(în funcţie de gen şi vârstă)**

www.dacoromanica.ro

**Bibligrafie selectivă WSP (descrierea Manualului şi aplicarea în România)**


1. Wheatley, D. (ed.), *Psychopharmacology of Old Age,* Oxford University Press, Oxford, 1982.
2. Wheatley, D., The assessment of stress, pp. 47-67. In: I. Hindmarch, P. D. Stonier (eds.), *Human Psychopharmacology Measures and Methods,* vol.1, J. Wiley & Sons, Chichester, UK, 1987.
3. Wheatley, D., Psychiatric aspects of cardiac disorders, *Stress Medicine,* 3: 51-60, 1987.
4. Wheatley, D., The stress profile, *British Journal of Psychiatry,* 156: 685-688, 1990.
5. Wheatley, D., The Wheatley Stress Profile, *Stress Medicine,* 9(1): 5-9, 1993.
6. Jianlin, J., Wheatley, D., The stress profile in China: a pilot study in patients with psychological disorders, *Stress Medicine,* 9(1): 21-24, 1993.
7. Wheatley, D., Sleep patterns in anxiety and depression associated with stress, *Stress Medicine,* 9: 127-129, 1993.
8. Wheatley, D., Golden, L., Jianlin, J., Stress across three cultures: Great Britain, the United States, and China, pp. 609-616. In: G. P. Chrousos, R. McCarty, K. Pacák, G. Cizza, E. Sternberg, P. W. Gold, R. Kvetñanský (eds.), *Stress: Basic Mechanisms and Clinical Implications,* Ann. New York Acad. Sci., vol. 771, New York Academy of Sciences, New York, NY, 1995.
9. Wheatley, D., Stress, anxiety and depression, *Stress Medicine,* 13: 173-177, 1997.
10. Riga, S., Riga, D., Prelipceanu, D., Carp, C., Hriscu, E., Interrelaţii etio-patogenice disstres, patologie stres-dependentă şi psiho-geriatrică, *Conferinţa Naţională de Psihiatrie cu participare internaţională (Actualităţi în Cercetarea Psihiatrică),* Vol. rezumate: 8-9, Timişoara, 17-19 oct. 2002.
11. Riga, S., Riga, D., Prelipceanu, D., Negrescu, C., Carp, C., Hriscu, E., Stres şi vulnerabilitate psihopatologică în psihogeriatrie, *Al 2-lea Congres Naţional de Psihiatrie (Tulburările nevrotice în actuala dinamică a factorilor de stres),* Vol. lucrări: 231-237, Oradea, 9-11 oct. 2003.
12. Riga, S., Riga, D. (eds.), Stresul şi societatea modernă (Număr tematic), *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11(1): 1-68, 2004.
13. Riga, D., Riga, S., Mihailescu, R., Terapii moderne anti-stres, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11: 45-52, 2004.
14. Riga, D., Riga, S., Mihailescu, R., Etio-pathogenic pattern of stress-aging medicine, pp. 265-272. In: F. A. Schneider, D. M. Podea, P. D. Nanu (eds.), *Gerontology Today,* Ed. Viaţa Medicală Românească, Bucureşti, 2007.
15. Riga, D., Riga, S., O nouă paradigmă în medicină şi psihiatrie: tetrada disstres → uzură → îmbătrânire → polipatologie, pp. 31-75. In: G. Cornuţiu, D. Marinescu (eds.), *Orientări şi perspective în gândirea psihiatrică românească actuală,* vol. 1, Ed. Universităţii din Oradea, Oradea, 2007.


www.dacoromanica.ro

## Capitolul 9. TULBURĂRI STRES-DEPENDENTE - ÎN REGISTRU ACUT

*F 43 - Reacţie la stres sever şi tulburări de adaptare*
*Această categrie include tulburări identificabile*
- *nu numai pe baza simptomatologiei şi a evoluţiei;*
- *dar şi pe baza uneia dintre cele două influenţe cauzale:*
  - *un eveniment stresant de viaţă excepţional, producând o* ***reacţie acută la stres,***
  - *sau o schimbare semnificativă de viaţă, ce determină circumstanţe neplăcute continue, care au ca rezultat o* ***tulburare de adaptare.***

**The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders:** Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, WHO, Geneva, 1992.

### ① F 43 - Reacţie la stres sever şi tulburări de adaptare (ICD-10) (F 43.0; F 43.1; F 43.8; F 43.9), (1-8)

**Caracterizarea categoriei**

Tulburările din categoria F 43 sunt considerate că apar întotdeuna:
- ca o consecinţă directă a unui stres sever acut,
- sau a unei (psiho) traume persistente,

care reprezintă:
- factorul primar cauzal şi director (etio-patogenic);
- iar tulburarea nu ar fi apărut fără impactul cu el;

şi cuprind:
- toate grupele de vârstă;
- inclusiv copii şi adolescenţi.

**Clasificare comparativă (ICD-10 / DSM-IV-TR)**

| ICD-10, WHO, 1992 | DSM-IV-TR, APA, 2000 |
|---|---|
| F 40-48 Tulburări nevrotice, corelate cu stresul şi somatoforme | Tulburări anxioase<br>Tulburări somatoforme |
| **F 43 - Reacţie la stres sever şi tulburări de adaptare** | |
| F 43.0 - Reacţie acută la stres (include:<br>• starea de criză,<br>• reacţia de criză acută,<br>• oboseala de luptă,<br>• şocul psihic) | 308.3 Stres acut |

www.dacoromanica.ro

| | |
|---|---|
| F 43.1 - Tulburare de stres-posttraumatic (include: nevrozele traumatice) | 309.81 Stres posttraumatic<br>De specificat dacă: acut sau cronic<br>De specificat dacă: cu debut tardiv |
| F. 43.8 - Alte reacţii la stres sever | |
| F 43.9 - Reacţie la stres sever, nespecificată altundeva | |

**F 43.0 - Reacţie acută la stres (ICD-10)**

**Descriere**

Tulburare tranzitorie de severitate semnificativă, care se dezvoltă la un individ:

- fără nici o altă tulburare mintală aparentă,
- ca răspuns la un stres fizic şi/sau mintal excepţional, şi
- care de obicei dispare după ore sau zile.

Stresorul acut poate fi:

- o experienţă traumatică copleşitoare - ameninţare serioasă la securitatea / integritatea fizică a individului sau a unei/unor persoane iubite (de ex.: catastrofe naturale, accident, luptă / război, atac criminal, viol etc.), sau
- o schimbare neobişnuit de bruscă şi de ameninţătoare în poziţia socială şi/sau reţeaua / suportul social al individului (de ex.: pierderi multiple ale unor persoane apropiate, incendiul locuinţei etc.).

Apariţia şi severitatea tulburării:

- este determinată de vulnerabilitatea individuală şi de capacitatea de coping (de a face faţă) la stresori (deoarece nu toate persoanele expuse la stres acut / supraacut dezvoltă tulburarea), şi
- prezintă un risc crescut în condiţii de simultaneitate cu epuizarea fizică sau factorii organici (de ex.: bătrâneţea - etapă de viaţă vulnerabilă la stres).

**Ghid diagnostic**

- Existenţa obligatorie a unei legături temporale imediate (de obicei din start / câteva minute) şi clare:
  - între impactul cu un disstresor emoţional şi
  - debutul simptomelor;
- Asocierea cu o simptomatologie caracteristică:
  a) tablou psihopatologic mixt şi (de regulă) schimbător:
    - starea iniţială de perplexitate („uluire"), îngustare a câmpului de conştienţă şi atenţie, incapacitatea de a înţelege stimulii externi, dezorientare;
    - poate fi însoţită de depresie, anxietate, mânie, disperare, hiperactivitate şi retragere, şi de semne vegetative ale anxietăţii de panică (tahicardie, transpiraţii, înroşirea feţei);

www.dacoromanica.ro

b) • la îndepărtarea de ambianța stresantă simptomele se remit rapid (în câteva ore, în majoritatea cazurilor);
• când stresul continuă (sau nu poate fi înlăturat), simptomele - prin natura lor se diminuează după 1-2 zile şi sunt de obicei minime după cca. 3 zile.

**F 43.1 - Tulburarea de stres post-traumatică (ICD-10)**

**Descriere**

Tulburarea apare ca un răspuns întârziat şi/sau prelungit:
- la un eveniment sau situație stresantă (scurtă sau de durată),
- de natură amenințătoare sau catastrofică excepțională,
- care cauzează (probabil) o suferință profundă la (aproape) orice persoană,
- ca de ex.: dezastru natural / provocat, război / luptă, accident grav, victimă a - torturii, terorismului, violului, altor acte criminale, martor la moartea violentă a altora.

Debutul apare - după o traumă - cu o perioadă de latență de la câteva săptămâni - la câteva luni - rar peste 6 luni.

Evoluția este oscilantă:
- vindecarea se produce în majoritatea cazurilor, iar
- în proporție redusă, poate avea o evoluție cronică (pe mai mulți ani) şi o tranziție spre o schimbare durabilă de personalitate (cod F 62.0).

Simptomele tipice includ:
- episoade de rememorări repetate ale traumei în amintiri tulburătoare (flash back-uri), vise sau coşmaruri,
- care apar pe un fundal persistent de „amorțire"/ tocire emoțională, detaşare de alți oameni, non-reactivitate la ambianță, anhedonie;
- şi evitarea activităților / situațiilor care reamintesc trauma;
- există şi o stare de „hiper-activare" vegetativă - cu hiper-vigilență, reacție de surpriză crescută şi insomnie,
- care asociază anxietate şi depresie şi chiar idei suicidare.

**Ghid diagnostic**

- Diagnosticul implică dovada debutului tulburării în mai puțin de 6 luni de la un stres supraacut, catastrofic, acut, sever - eveniment (psiho)traumatic de severitate excepțională,
- însoțită de o reamintire / reactivare repetitivă tulburătoare a evenimentului în evocări diurne (imaginație, amintiri) sau nocturne (vise, coşmaruri);
- pe un fond de detaşare / „amorțire" emoțională şi socială, cu evitarea stimulilor / situațiilor care evocă / reamintesc disstresul - trauma,
- cu tulburări vegetative, anxioase, depresive, de comportament şi insomnie.

www.dacoromanica.ro

② **F 23.x1 - Tulburări psihotice acute şi tranzitorii (ICD-10)**
(F 23.01; F 23.11; F 23.21; F 23.31), (1-5)

**Caracterizarea categoriei**

Asocierea la categoria de tulburări psihice F 23 a stresului acut -

- este reflectată în diagnostic (secvența de prioritate ⊕ selecția trăsăturilor cheie):
  a) debut acut (în 2 săptămâni) - stare psihotică, clar anormală, ca trăsătură definitorie a categoriei;
  b) prezența simptomelor tipice: „starea polimorfă" (stare variabilă şi rapid schimbătoare) şi prezența simptomelor tipice de schizofrenie;
  c) prezența unui stres acut asociat: simptomele psihotice acute apar în cca. 2 săptămâni după unul / mai multe evenimente stresante - ca de ex.: graviditate, căsătorie, pierderi neaşteptate partener de viață / serviciu, traume psihologice ale războiului, terorismului, torturii; şi
- este codificată în cel de al 5-lea caracter al tulburării: F 23.x1 - cu stres acut asociat.

**Clasificare**

| |
|---|
| F 20-29 Schizofrenia, tulburările schizotipale şi tulburările delirante |
| **F 23 - Tulburări psihotice acute şi tranzitorii** |
| F 23.01 - Tulburare psihotică acută polimorfă, fără simptome de schizofrenie, asociată cu stres acut |
| F 23.11 - Tulburare psihotică acută polimorfă, cu simptome de schizofrenie, asociată cu stres acut |
| F. 23.21 - Tulburare psihotică acută polimorfă, schizofrenia-like, asociată cu stres acut |
| F. 23.31 - Alte tulburări psihotice acute, predominant delirante, asociate cu stres acut |

www.dacoromanica.ro

**Bibliografie selectivă**


- **ICD-10, WHO, 1992**
  1. World Health Organization (WHO), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,* 10th Revision *(ICD-10),*
     - vol. 1 - *Tabular List,*
     - vol. 2 - *Instruction Manual,*
     - vol. 3 - *Index,*

     WHO, Geneva, 1992.
  2. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines,* WHO, Geneva, 1992.
  3. Ministerul Sănătății, Centrul de Calcul şi Statistică Medicală, Clasificarea Internațională a Maladiilor, Revizia a 10-a OMS *(CIM-10, OMS)*:
     - vol. 1 - *Lista Codurilor cu 3 caractere şi Tabelul analitic,*
     - vol. 2 - *Reglementările privind clasificarea şi codificarea cauzelor de boală şi deces,*

     Ed. Medicală, Bucureşti, 1993.
  4. *ICD-10,* WHO, *Clasificarea tulburărilor mintale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic,* Ed. All, Bucureşti, 1998.
  5. http://www.who.int/classifications/apps/icd10online
- **DSM-IV-TR, APA, 2000**
  6. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th Edition. Text Revision *(DSM-IV-TR),* APA, Washington, DC, 2000.
  7. Asociația Psihiatrică Americană, *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mintale,* Ed. a 4-a Revizuită *(DSM-IV-TR),* Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2003.
  8. http://www.dsmivtr.org/index.cfm; e-mail: DSM@psych.org


www.dacoromanica.ro

## Capitolul 10. TULBURĂRI STRES-DEPENDENTE - ÎN REGISTRU CRONIC

*If one accepts the estimate that as many as 13% or 14% of the general population may suffer from some form of neurotic disorder (Hagnell, 1968; Shepherd, 1973), it is clear that many millions of people are incapacitated to a considerable extent by the neuroses.*

*Cattell and Scheier (1961) make an even higher estimate - that 25%-57% of the normal population will at some time be affected by a neurotic condition.*

**M. Gossop,** *Theories of Neurosis,* Springer, Berlin, 1981 (9).

### ① F 48 - Alte tulburări nevrotice (ICD-10)
(F 48.0; F 48.8; F 48.9), (1-5)

**Caracterizarea categoriei**

Clasificarea OMS a prevăzut în cadrul categoriei F 40-48 Tulburări nevrotice corelate cu stresul şi somatoforme pe cea a F 48 - Alte tulburări nevrotice.

Termenul „nevroză / nevrotic" este folosit descriptiv şi în opoziţie cu cel „psihotic".

Termenul de „tulburare" (îl înlocuieşte pe cel de „boală") semnifică existenţa unui set clinic de simptome / comportamente asociate cu discomfort / interferenţă în funcţionarea persoanei.

**Clasificarea tulburărilor (ICD-10)**

F 40-48 Tulburări nevrotice corelate cu stresul şi somatoforme

**F 48 - Alte tulburări nevrotice**

F 48.0 - Neurastenia (include: sindromul de oboseală)

F 48.8 - Alte tulburări nevrotice specificate (include:
- nevroza ocupaţională, inclusiv „crampa scriitorului",
- psihastenia,
- nevroza psihastenică,
- sincopa psihogenă,
- tulburarea lui Biquet,
- sindromul Dhat,
- sindromul Koro,
- sindromul Latah)

F. 48.9 - Tulburarea nevrotică nespecificată (include: nevroza nespecificată în altă secţiune a ICD-10)

www.dacoromanica.ro

**F 48.0 - Neurastenia** (sindromul de oboseală, nevroza astenică)

> ***Definiție.*** *Neurastenia este o reacție psihică de intensitate nevrotică, a cărei expresie clinică evidențiază sindromul dominant astenic, caracterizat prin: fatigabilitate, epuizare rapidă, hipoprosexie voluntară, hipomnezie de fixare și evocare, iritabilitate, labilitate emoțională, insomnie, hiperestezii și cenestopatii, cu stare generală de discomfort psihic și somatic, adesea însoțită de o stare depresiv-anxioasă, trăită penibil și conștient de către bolnav.*
>
> **Predescu, V.** (ed.), *Psihiatrie,* vol. 2, p. 777
> Ed. Medicală, București, 1998 (11).

**Descriere**

Cu variații culturale considerabile, se disting 2 tipuri (trăsături) principale:

- fatigabilitate crescută după efort mintal, asociată frecvent cu anumită scădere în performanța ocupațională, de a face față (coping) eficient la sarcinile zilnice;
  - fatigabilitatea mintală este descrisă tipic ca o intruziune neplăcută a unor asociații / reamintiri care distrag atenția, dificultăți de concentrare și, în general, o gândire ineficientă;
- sentimentul unei slăbiciuni / epuizări fizice / corporale după un efort minim, însoțit de algii / dureri musculare și incapacitate de relaxare;
  - având comune o varietate de alte trăiri somatice neplăcute, ca: amețeala, cefaleea de tensiune / încordare și sentimentul unei instabilități generale;
  - asociind frecvent: îngrijorarea privind scăderea stării de bine - mintale și corporale, iritabilitate, anhedonie, cu grade minore / variabile de depresie și anxietate și tulburări de somn - insomnie / hipersomnie.

**Ghid diagnostic**

Dignosticul cert rezultă din asocierea simptomelor -

a) prezența persistentă și supărătoare a uneia dintre cauze:
   - oboseală / fatigabilitate crescută după efort mintal; sau
   - slăbiciune / epuizare corporală - după efort minim;

b) împreună cu cel puțin două din următoarele simptome:
   - algii / dureri musculare
   - ameteli
   - cefalee de tip tensiune
   - tulburări de somn
   - incapacitate de relaxare
   - iritabilitate
   - dispepsie;

c) persistența și severitatea nu întrunesc la nici un simptom prezent - vegetativ sau depresiv, criteriile pentru oricare dintre tulburările specificate în ICD-10.

www.dacoromanica.ro

**Diagnostic diferenţial** (categorii şi coduri ICD-10):

- categoria diagnostică de neurastenie F 48.0 exclude: o tulburare depresivă (F 32-39) sau anxioasă (F 40-41), psihastenia (F 48.8), astenia nespecificată (R 53), indispoziţia şi oboseala (R 53), sindromul de oboseală post-virală (G 93.3), sfârşeala / „burn-out" (Z 73.0);
- esenţa sindromului de oboseală (neurastenie) - F 48.0 este insistenţa pacientului asupra fatigabilităţii şi slăbiciunii, dublată de preocuparea insistentă asupra scăderii eficienţei mintale şi fizice / biologice;
- spre deosebire (în contrast cu) tulburările somatoforme (F 45), unde tabloul clinic este dominat de plângerile somatice şi preocuparea pentru boala somatică.

**Evaluare clinică** (16-18)

Autorii monografiei au elaborat o Scală de evaluare clinică în neurastenie (sindromul de oboseală, nevroza astenică) pentru aplicarea în dinamică temporală şi pentru aprecierea gradului de sănătate / tulburare în:

- prevenţie / profilaxie, adaptogeneză şi sanogeneză (igienă) psihică,
- sănătate mintală, stresologie, psihiatrie, psihosomatică,
- management, comunicare, psihologie clinică, psihoterapie.

Scala este alcătuită din 10 simptome ţintă (itemi) ale neurasteniei, structurate în 4 grade de intensitate / frecvenţă. Primul nivel este reprezentat de absenţa simptomului (0 - normalitate), iar celelalte 3 (nivelurile de la 1 la 3) gradează progresiv în intensitate sau frecvenţă disfuncţia (simptomul, suferinţa).

Instrumentul de evaluare al neurasteniei a fost aplicat în studii multicentrice şi a cuprins:

- persoane în activitate (studenţi, stres profesional) sau internate (cu diagnostic de neurastenie - criterii de includere, severitate şi excludere);
- la ambele genuri (bărbaţi, femei), în cicluri diferite de viaţă (tineri, adulţi, vârstnici), cu/fără terapie neurometabolică de adaptare / activare anti-stres.

Următoarele 2 (două) pagini prezintă Scala de evaluare clinică în neurastenie (18), concepută şi ca Fişă individuală (de persoană) pentru colectarea rezultatelor în dinamică temporală: săptămânal (S) sau lunar (L), înainte de terapie (0) şi la următoarele intervale de evaluare (1, 2, 3 şi 4 săptămâni sau luni).

www.dacoromanica.ro

## Scala de evaluare clinică a neurasteniei (sindromul de oboseală)

**persoană** (nume, prenume) ... gen / gr. sang. ...

| **Evoluția simptomatologiei** (regresie / progresie)<br>**Simptomatologia (itemi) specifică / țintă**<br>( 4 niveluri de intensitate / frecvență) | S-0<br>L-0 | S-1<br>L-1 | S-2<br>L-2 | S-3<br>L-3 | S-4<br>L-4 |
|---|---|---|---|---|---|
| I. **Astenie psihică**<br>0. absentă, rezistență normală la efort mintal, performanțe normale<br>1. diminuarea rezistenței la efort mintal, păstrarea relativ normală a performanțelor<br>2. incapacitatea păstrării performanțelor inițiale: scăderea rezistenței și performanțelor la sarcini mai simple și la cele obișnuite<br>3. scăderea marcată a performanțelor și nivelului de activitate anterioară | | | | | |
| II. **Autodepreciere consecutivă scăderii performanțelor actuale**<br>0. absentă<br>1. se simte și se evaluaează mai puțin capabil ca înainte<br>2. prezența sentimentului de incapacitate față de sarcinile curente<br>3. manifestarea sentimentului de incapacitate profesională, cu interpretare anxioasă și autodepreciere consecutivă | | | | | |
| III. **Iritabilitate**<br>0. absentă<br>1. semne de irascibilitate în situații de supra-solicitare<br>2. neliniște și iritabilitate în condiții obișnuite<br>3. labilitate emoțională pronunțată și iritabilitate frecventă nemotivată | | | | | |
| IV. **Scăderea atenției**<br>0. absentă<br>1. perioade de diminuare a atenției, decelabile prin teste psihologice, în perioadele de suprasolicitare<br>2. diminuare episodică a atenției în activitățile cotidiene<br>3. scăderea marcată a atenției, care provoacă dificultăți în activitate | | | | | |
| V. **Scăderea memoriei de fixare**<br>0. absentă<br>1. ușoară diminuare a memoriei de fixare, evidențiată prin examinare psihologică, în perioadele de efort mintal<br>2. diminuare episodică a memoriei de fixare, în activități obișnuite<br>3. scăderea marcată a memoriei de fixare, cu repercursiuni negative asupra randamentului în muncă | | | | | |

www.dacoromanica.ro

| **Evoluţia simptomatologiei** (regresiei / progresie)<br>**Simptomatologia (itemi) specifică / ţintă**<br>( 4 niveluri de intrensitate / frecvenţă) | S-0<br>L-0 | S-1<br>L-1 | S-2<br>L-2 | S-3<br>L-3 | S-4<br>L-4 |
|---|---|---|---|---|---|
| VI. **Cefalee**<br>0. absentă<br>1. cefalee episodică şi de intensitate suportabilă<br>2. cefalee frecventă, crescută în intensitate, provocând scăderea randamentului util<br>3. cefalee trenantă, persistentă, difuză, însoţită de senzaţie de disconfort somatic, prezentă chiar în condiţii de repaus fizic şi psihic | | | | | |
| VII. **Tulburări de somn**<br>0. absente<br>1. somn suficient, neodihnitor sau hipersomnie<br>2. insomnie de adormire<br>3. insomnie mixtă (de adormire şi de trezire) cu insaţietatea somnului | | | | | |
| VIII. **Nivelul de activitate**<br>0. normal<br>1. oboseală în timpul activităţii, fără pierderea interesului pentru muncă<br>2. pierderea interesului pentru activitate, fără diminuarea semnificativă a randamentului util<br>3. scăderea progresivă a randamentului util şi reducerea marcată a nivelului anterior de activitate | | | | | |
| IX. **Tulburări senzitivo-senzoriale** fără etiologie organică (**vestibulare**: ameţeli; **de vedere**: astenopie, senzaţie de ceaţă, fosfene; **cutane**: amorţeli, furnicături, hiperestezie, arsuri; **auditive**: vâjâituri bilaterale, tinnitus aurium, foneme; **ale analizatorului dureros**: rahialgii dorsale, lombosacrate, algii ale membrelor, artralgii)<br>0. absente<br>1. episodice<br>2. frecvente<br>3. permanente | | | | | |
| X. **Tulburări viscero-vegetative** (având caracter funcţional, subiectiv, mutant, disproporţional şi manifestate ca o multitudine de acuze: oscilaţii tensionale, tahicardie, paloare alternând cu roşeaţă subită, valuri de căldură, extremităţi reci, dureri precordiale, senzaţie de sufocare şi polipnee funcţională, transpiraţii, sialoree, inapetenţă, senzaţii de balonare etc.)<br>0. absente<br>1. episodice<br>2. frecvente<br>3. permanente | | | | | |

www.dacoromanica.ro

## ② Oboseală, surmenaj, (psih)(neur)astenie, epuizare în ICD-10, WHO, Geneva, 1992 (1-5)

> *The neuromuscular wisdom hypothesis suggests that decreases in firing rate help to maintain force by optimizing the input to motor units as their contractile properties change.*
>
> *On the other hand, recent work indicates that mechanical function of some motor units is altered during prolonged activity such that diminished firing rate would augment force loss and, thereby, contribute to fatigue.*
>
> *Neural adaptations, therefore, may serve to limit the extent of muscular activity.*
>
> .....
>
> *It may be that the nervous system ultimately acts to limit muscular exercise to protect muscle from excessive and potentially damaging activity.*
>
> **A. J. Fuglevand,** Neural aspects of fatigue, *Neuroscientist,* 2(4): 203-206, 1996.

Clasificarea Internațională a Maladiilor (ICD-10, 1992) specifică numeroase condiții / tulburări care implică / se manifestă prin diferite grade de **oboseală, surmenaj, astenie, epuizare** (enumerare în ordinea capitolelor, categoriilor, grupelor şi codurilor).

- Capitolul V (F) - Tulburări mintale şi de comportament
  - F 00-09 Tulburări mintale organice, inclusiv simptomatice
    - F 06 - Alte tulburări mintale datorate leziunii, disfuncției cerebrale şi bolii somatice
      - **F 06.6 - Tulburare organică labil-emoțională (astenică)**
  - F 40-48 Tulburări nevrotice corelate cu stresul şi somatoforme
    - F 43 - Reacție la stres sever şi tulburări de adaptare
      - **F 43.0 - Reacție acută de stres** - prezentată anterior **(include oboseala de luptă)**
  - F 45 Tulburări somatoforme
    - F 45.3 - Disfuncție vegetativă somatoformă
      - **F 45.30 - Cordul şi sistemul cardio-vascular (include astenia neuro-circulatorie)**
  - F 48 Alte tulburări nevrotice - prezentate anterior
    - **F 48.0 - Neurastenia (include: sindromul de oboseală)**
    - **F 48.8 - Alte tulburări nevrotice specificate (include: psihastenia, nevroza psihastenică)**
- Capitolul VI (G) - Bolile sistemului nervos
  - G 90-99 Alte afecțiuni ale sistemului nervos

www.dacoromanica.ro

- G 93 - Alte afecţiuni ale creierului
  - * **G 93.3 - Sindromul de oboseală post-virală (encefalomielită mialgică benignă, sindromul de oboseală cronică)**

- Capitolul XIV (N) - Bolile aparatului genito-urinar
  - N 80-98 Afecţiuni neinflamatorii ale tractului genital la femeie
    - N 94 - Dureri şi alte afecţiuni ale organelor genitale la femeie şi tulburări ale ciclului menstrual
      - * **N 94.3 - Sindromul de tensiune premenstruală (Sindromul de stres premenstrual)**
- Capitolul XV (O) - Sarcina, naşterea, lăuzia
  - O 20-29 Alte tulburări materne legate în special de sarcină
    - O 26 - Îngrijiri acordate mamei pentru alte afecţiuni, legate în special de sarcină
      - * **O 26.8 - Alte afecţiuni precizate, legate în special de sarcină: Epuizare şi oboseală**
- Capitolul XVI (P) - Unele afecţiuni a căror origine se situează în perioada perinatală
  - P 90-96 Alte afecţiuni a căror origine se situează în perioada perinatală
    - * **P 96.9 - Afecţiune a cărei origine se situează în perioada perinatală, fără precizare: Debilitate congenitală nespecificată**
- Capitolul XVIII (R) - Simptome, semne şi rezultate anormale ale investigaţiilor clinice şi de laborator neclasate în alte locuri
  - R 50-69 Simptome şi semne generale
    - * **R 53 - Senzaţie de rău şi oboseală**
      - **Astenia: cronică, nervoasă, nespecificată**
      - **Oboseala**
    - * **R 54 - Senilitatea**
      - **Astenia senilă**
      - **Debilitatea senilă**
- Capitolul XIX (S-T) - Leziuni traumatice, otrăvuri şi alte consecinţe ale cauzelor externe
  - T 66-78 Efectele cauzelor externe, alte şi neprecizate
    - T 67 - Efectele căldurii şi ale luminii
      - * **T 67.3 - Epuizarea datorată căldurii şi pierderilor hidrice Prostraţia datorată căldurii şi pierderilor hidrice**
      - * **T 67.4 - Epuizarea datorată căldurii şi pierderilor de sare Prostraţia datorată căldurii şi pierderilor de sare (şi apă)**
      - * **T 67.5 - Epuizarea datorată căldurii, fără precizare Prostraţia datorată căldurii, fără precizare**

www.dacoromanica.ro

* **T 67.6 - Oboseala tranzitorie datorată căldurii**
  **Prostrația datorată căldurii și pierderilor hidrice**
- T 73 - Efectele altor privațiuni
  * **T 73.2 - Epuizarea datorată expunerii la foame și sete**
  * **T 73.3 - Epuizarea după un efort intensiv**
    **Surmenajul**

- Capitolul XXI (Z) - Factori influențând starea de sănătate și motivele recurgerii la serviciile de sănătate
  - Z 70-76 Alte motive de recurgere la serviciile de sănătate
    - Z 73 - Dificultăți legate de organizarea propriului mod de viață
      * **Z 73.0 - Surmenaj**
        **Stare de epuizare, sfârșeală**
        **(Sindrom Burn-out, epuizare mintală și biologică)**

Oboseala, surmenajul (psih)(neur)astenia, epuizarea - specificate în ICD-10, 1992 - reprezintă în fapt consecințe (efecte) produse prin dezadaptare:

- depășirea de disstres a capacității / sistemelor de adaptare a organismului;
- amplificarea și cronicizarea fazei III (dezadaptare, starea de epuizare) a sindromului general de apaptare;
- dezadaptarea prin deficit, întârziere, lipsă a refacerii (resurselor adaptative).

Deoarece organismul este structurat, disstresat / agresionat și funcționează (adaptare / dezadaptare) în triplă interrelație sistemică bio-psiho-socială sunt disstresate și/sau dezadaptate (în proporții difcritc) toate celelalte 3 (trei) zone ale sistemului.

Acest fapt este demonstrat de diversitatea tulburărilor inventariate și descrise de ICD-10, WHO, 1992 și care au fost specificate anterior.

③ **Simptom, Sindrom, Tulburare**

**OBOSEALĂ, s. f. / fatigue, s. f. / fatigue.**
*[*Bulg. *oboseja = oboseală]*
*Stare tranzitorie, consecința unui efort fizic sau intelectual, caracterizată prin scăderea potențialului funcțional al organismului și printr-o senzație subiectivă caracteristică de indiferență și incapacitate de acțiune.*
*Există și fenomene de oboseală localizată. Ex.:*
*1. Oboseală de acomodație, oboseala mușchiului ciliar;*
*2. Oboseala oculară, surmenaj ocular, după eforturi vizuale etc.*

**SURMENAJ, s. n. / surmenage, s. m. / over-strain.**
*[*Fr. *sur = peste, deasupra;* Lat. *minari = a amenința]*
*Stare care reprezintă consecința unui exces de efort fizic sau intelectual, prelungit dincolo de senzația de oboseală.*
*Surmenajul poate ajunge la epuizare sau la depresie. Se disting:*
*- surmenajul acut sau cronic;*
*- surmenajul intelectual sau fizic;*
*- surmenajul general sau local.*

www.dacoromanica.ro

**ASTENIE, s. f. / asthénie, fatigue, s. f. / asthenia.**

*[Gr. astheneia = slăbicune, de la a - privativ, sthenos = forță, putere]*

*1. Diminuarea generală a energiei și performanțelor organismului fără relație cauză-efect cu un efort;*

*2. Termen utilizat și ca sufix pentru a desemna diminuarea funcțiilor unui organ sau ale unui sistem, de ex.: psihastenie, miastenie.*

**Rusu, V.,** *Dicționar Medical,* Ed. III-a, pp. 227, 753, 1054, Ed. Medicală, București, 2007 (12).

**Oboseala** - definire și caracterizare (13) -

- este scăderea performanței în activitate și este reversibilă prin repaus;
- comportă o dualitate intrinsecă concomitentă:
  - experiența subiectivă a unui individ și
  - ansamblul manifestărilor obiective (evaluate);
- implică (în sistem binar) totdeauna raportarea față de activitate;
- fapt pentru care oboseala este comparată cu o umbră a muncii / activității / efortului (nu există muncă fără oboseală), cu rol de protecție împotriva exceselor;
- survine numai când activitatea cerută depășește un anumit nivel dat (nivelul critic, dincolo de care survine oboseala);
- se manifestă sub 2 (două) mari forme:
  - oboseala fizică, motorie, musculară, somatică;
  - oboseala mintală (indusă de activitatea psiho-senzorială și psiho-motorie);
- când oboseala nu se compensează prin repaus, relaxare, odihnă fiziologică, somn se produce **„oboseala restantă"**;

Cumularea zilnică a „oboselii restante" determină instalarea **surmenajului** (10, 11) -

- nu este o stae (psiho)patologică declarată;
- se caracterizează (subiectiv) prin:
  - sentiment / senzație de oboseală permanentă, preexistând efortului;
  - nu se recuperează prin odihnă fiziologică - somn, datorită tulburărilor de somn:
    - hipersomnie, fără senzația de somn satisfăcător, sau
    - insomnie (lipsa refacerii) din cauza tensiunilor psihologice / stresului;
  - tulburări funcționale (variabile, dar obligatorii);
  - modificări ale relațiilor cu mediul - profesional, familial, social, în grade diferite.

Lipsa măsurilor eficiente de înlăturae a surmenajului, deci acumularea / cronicizarea surmenajului provoacă (ca o **dezvoltare nevrotică**) instalarea bruscă a fazei subacute de **epuizare:**

- senzația de oboseală subiectivă scade / se șterge și

www.dacoromanica.ro

- cedează locul simptomatologiei de bază a neurasteniei - cefalee, insomnie, iritabilitate, labilitatea atenției etc., care
- nu înseamnă încă neurastenie constituită / manifestă (deoarece simptomatologia cedează rapid printr-un regim / terapie de odihnă, de combatere a insomniei şi anxietății).

Rezultă că faza de epuizare este adesea „anticamera", prin care trece / se instalează psiho-patologic (10, 11):

- **neurastenia reactivă** (frecvent) - unde influența factorilor / vulnerabilității emoționale este mare, constituind varianta „conflict - reacție"; cât şi
- **neurastenia de epuizare** (mai rar) - unde influența factorilor emoționali este foarte mică, gencrând varianta „stare de epuizare / oboseală extremă".

În concluzie - oboseala, surmenajul, epuizarea constituie fenomenologia stadiilor prenevrotice:

- mult mai frecvent şi „colorat" psihopatologic la neurastenia reactivă; şi
- mult mai rare şi „şterse" psihopatologic la neurastenia de epuizare.

**Neurastenia - cod F 48.0** (ICD-10, WHO, 1992), **sindromul de oboseală, nevroza astenică** este o afecțiune / tulburare mintală - psihogenă, nevrotică, corelată cu stresul - exprimată clinic (în accepțiunea actuală), (9, 11, 14):

- printr-un complex de tulburări psihice şi somatice, care înglobează fenomenele de suprasolicitare şi epuizare psihică, nervoasă, fizică / somatică;
- grupate în mod dominant în jurul sindromului de nucleu caracteristic - sindromul astenic (oboseală psihică ⊕ epuizare fizică);
- având la bază o tulburare în dinamica proceselor scoarței cerebrale (neocortexului); iar
- complexitatea simptomelor (în perioada de stare) este caracterizată ca „slăbiciune iritativă":
  - slăbiciune: scăderea rapidă a vivacității şi a tonicității psihice, prin epuizarea rapidă a potențialului activității nervoase superioare;
  - iritativă: încărcătură afectivă (emoțională) iritabilă, prin creşterea excitabilității nervoase generale.

Termenul şi afecțiunea au fost introduse şi caracterizate de S. M. Beard încă din 1869, în SUA (6).

După 100 de ani, J. Chatel şi R. Peele (7) definesc şi diferențiază - în *American Journal of Psychiatry,* în 1970, 3 (trei) tulburări psihice a căror componentă majoră este fatigabilitatea (uşoară):

1. **Personalitatea astenică -**
   - semne şi simptome:
     - fatigabilitate uşoară
     - suprasensibilitate la stresurile fizice şi emoționale
     - nivel energetic scăzut
     - lipsă de entuziasm
     - incapacitate de a se bucura
     - care durează toată viața şi sunt adânc imprimate;

www.dacoromanica.ro

- sinonime: —

2. **Neurastenia** -
   - semne şi simptome:
     - fatigabilitate uşoară
     - slăbiciune cronică
     - epuizare uşoară
     - asociere cu dispoziţie depresivă
   - sinonime: nevroza de surmenaj.
3. **Astenia neuro-circulatorie** - tulburări (psihofiziologice) cardio-vasculare -
   - semne şi simptome:
     - fatigabilitate uşoară
     - tendinţă la leşin
     - nervozitate
     - insuficienţă a respiraţiei şi palpitaţii după exerciţii uşoare
   - sinonime (multiple sindroame şi tulburări):
     - sindromul Da Costa
     - sindromul de efort
     - inima soldaţilor
     - neurastenia de război
     - inima iritabilă
     - instabilitate vasomotorie
     - nevroza vasomotorie
     - nevroza cardiacă
     - reacţia cardio-vasculară

În condiţiile vieţii denumite „moderne", stările de **oboseală, surmenaj, astenie, epuizare** se regăsesc frecvent:

- la persoane suprasolicitate (de conducere, ore suplimentare, lipsa refacerii, sport, armată etc.), în activitate (muncă, examene, performanţă, competiţie, război etc.);
- ca o consecinţă a stilului de viaţă anti-sanogenetic (bolile stilului de viaţă);
- cu neurastene (sindrom de oboseală primar) - tulburare mintală (psihică şi psiho-somatică);
- ca sindrom neurasteniform secundar - în numeroase condiţii fiziologice (de suprasolicitare), de dez-adaptare / epuizare şi într-o gamă numeroasă / diversificată de boli şi tratamente medicale.

**Sindroamele neurasteniforme secundare** sunt frecvente în medicină, deoarece preced (debut), însoţesc (stare) şi/sau succed (post-procesual, convalescenţă) majoritatea bolilor (15):

- tulburări mintale (psihice) - exceptând clasa neurasteniei (F 48.0; F 48.8; F 48.9);
- afecţiuni cerebrale organice (encefalite, meningite, encefalopatii - toxice / carenţiale, traumatisme cranio-cerebrale, ateroscleroză cerebrală, boli cerebro-vasculare şi boli neuro-degenerative);
- boli infecţioase (acute / cronice) - virale, microbiene, fungice;
- patologie toxică - intoxicaţii, toxicomanii, medii toxice;
- bilile neoplazice (toate) cu/fără terapie anti-neoplazică;

www.dacoromanica.ro

- boli endocrine şi metabolice;
- patologie cardio-vasculară: HTA, aritmii, insuficienţă circulatorie, ateroscleroză;
- afecţiuni digestive - malnutriţie, hepatită etc.;
- fazele terminale şi ireversibile ale bolilor somatice: insuficienţă (cronică) respiratorie, cardiacă, renală, hepatică;
- medicamente - tratamente cronice:
  - radioterapie, chimioterapie, anti-metabolice, imunosupresoare (transplant)
  - diuretice, hipotensoare, beta-blocante;
  - sedative, hipnotice, somnifere, anxiolitice, anti-epileptice, neuroleptice.

**Bibliografie selectivă**


- **ICD-10, WHO, 1992**
  1. World Health Organization (WHO), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,* 10th Revision *(ICD-10),*
     - vol. 1 - *Tabular List,*
     - vol. 2 - *Instruction Manual,*
     - vol. 3 - *Index,*

     WHO, Geneva, 1992.
  2. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines,* WHO, Geneva, 1992.
  3. Ministerul Sănătăţii, Centrul de Calcul şi Statistică Medicală, Clasificarea Internaţională a Maladiilor, Revizia a 10-a OMS *(CIM-10, OMS)*:
     - vol. 1 - *Lista Codurilor cu 3 caractere şi Tabelul analitic,*
     - vol. 2 - *Reglementările privind clasificarea şi codificarea cauzelor de boală şi deces,*

     Ed. Medicală, Bucureşti, 1993.
  4. *ICD-10,* WHO, *Clasificarea tulburărilor mintale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic,* Ed. All, Bucureşti, 1998.
  5. http://www.who.int/classifications/apps/icd10online
- **Stresologie, tulburări nevrotice, psihopatologie**
  6. Beard, S. M., Neurasthenia, or nervous exhaustion, *Boston Med. Surg. J.,* 80: 217, 1869.
  7. Chatel, J., Peele, R., A centennial review of neurasthenia, *Amer. J. Psychiat.,* 126: 1404-1413, 1970.
  8. Fuglevand, A. J., Neural aspects of fatigue, *Neuroscientist,* 2(4): 203-206, 1996.
  9. Gossop, M., *Theories of Neurosis,* Springer, Berlin, 1981.
  10. Predescu, V. (ed.), *Psihiatrie,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1976.
  11. Predescu, V. (ed.), *Psihiatrie,* vol. II, Ed. Medicală, Bucureşti, 1998.
  12. Rusu, V., *Dicţionar Medical,* Ed. III-a, pp. 227, 753, 1054, Ed. Medicală, Bucureşti, 2007.
  13. Scherrer, J., *La fatigue,* Presses Universitaires de France, Paris, 1989.
  14. Tyrer, P., *Classification of Neuroses,* J. Wiley & Sons, Paris, 1989.


www.dacoromanica.ro

15. Tudose, C., Tudose, F., *Psihiatrie în practica medicală,* Ed. Infomedica, Bucureşti, 2007.

- **Scala de evaluare clinică în neurastenie** - S. Riga, D. Riga, 1987

16. Botezat-Antonescu, I., Gorgos, C., *Verificarea clinică a terapiei anti-stres, anti-uzură, anti-îmbătrânire în patologia stres-dependentă: neurastenie / nevroza astenică,*
Centrul de Sănătate Mintală „Titan", Comisia Medicamentului - Ministerul Sănătăţii, Bucureşti, 1988.
17. Popa, R., Schneider, F., Mihalaş, G., Ştefănigă, P., Mihalaş, I. G., Mătieş, R., Mateescu, R., *Studii terapeutice comparative privind aplicarea terapiei anti-stres, anti-uzură, anti-îmbătrânire în gerontopsihiatrie,*
Facultatea de Medicină şi Farmacie „Victor Babeş", Timişoara, 1990-1992.
18. Riga, S., Riga, D., Andrucovici, I., *Metodologie de verificare clinică (psihopatologică şi psihometrică) a terapiei anti-stres, anti-uzură, anti-îmbătrânire în patologia stres-dependentă,*
Institutul de Neurologie şi Psihiatrie, Comisia Medicamentului - Ministerul Sănătăţii, Bucureşti, 1987.

www.dacoromanica.ro

# Capitolul 11. TULBURĂRI SOMATOFORME ŞI MEDICINA PSIHOSOMATICĂ

*- Tot aşa e, Charmides, şi cu descântecul nostru. L-am deprins acolo în tabără de la un trac, unul dintre medicii lui Zalmoxis (Zamolxis, Zamolxe) despre care se zice că stăpânesc meşteşugul de a te face nemuritor. Şi spunea tracul acesta, că medicii greci pe bună dreptate iau seama la cele pe care tocmai le pomeneam; numai că Zalmoxis, adăugi el, regele nostru, care e zeu, arată că, după* ***cum nu trebuie să încercăm a vindeca*** *ochii fără să vindecăm capul, ori* ***capul fără să ţinem seama de trup, tot astfel nici trupul nu poate fi însănătoşit fără suflet.***

*Aceasta şi e pricina pentru care medicii greci nu izbutesc să vindece cele mai multe boli: ei nu se ridică până la întregul de care ar trebui să se îngrijească, iar dacă acestuia nu-i merge bine, nici partea nu se poate însănătoşi.*

*Şi toate de aici pornesc, îmi lămurea el, din suflet: atât cele rele cât şi cele bune ale trupului ori ale făpturii noastre depline, şi de aici se revarsă ele, aşa cum de la cap totul se răsfrânge asupra ochilor.* ***Prin urmare, mai ales sufletul se cade îngrijit, dacă avem de gând să aducem la o bună stare atât capul cât şi restul trupului.***

**Platon** (427-347 î.d.Hr.), *Charmides* (sau *Despre înţelepciune*), filozof grec, unul dintre cei mai mari gânditori ai antichităţii.

## ① Tulburările somatoforme

Reacţiile, tulburările, bolile psihosomatice şi medicina psihosomatică (abordare somato-psiho-socială) se interferă atât cu psihologia medicală, stresologia , adaptologia, sănătatea mintală, psihiatria de legătură, cât şi cu medicina antiîmbătrânire şi ştiinţele longevităţii (integrare somato-psiho-socială-ecologică).

Ambele nosografii clasifică, definesc şi descriu Tulburările somatoforme:

- ICD-10, WHO, 1992 (1-5): **F 45 - Tulburări somatoforme,** în cadrul categoriei F 40-48 Tulburări nevrotice corelate cu stresul şi tulburări somatoforme;
- DSM-IV-TR, APA, 2000 (6-8): **300. _ _ şi 307. _ _ Tulburări somatoforme,** categorie distinctă.

### Caracterizarea categoriei (ICD-10)

Principala trăsătură a categoriei F 45:

- este caracterizată de acuze privind simptomele somatice,
- împreună cu solicitarea permanentă de investigaţii medicale,
- în ciuda atât a rezultatelor negative repetate,
- cât şi a asigurărilor medicale că simptomele nu au nici o bază somatică.

www.dacoromanica.ro

De regulă, comportamentul pacientuui şi comunicarea cu medicul sunt disfuncţionale:

- pacientul rezistă încercărilor de a discuta, înţelege şi accepta posibilitatea cauzalităţii psihologice,
- chiar dacă debutul şi continuitatea simptomelor arată o strânsă relaţie cu evenimentele neplăcute de viaţă, dificultăţi şi conflicte,
- pacientul are un comportament de captare a atenţiei (histrionic), mai ales la cei care resimt eşecul lor de a convinge medicii de natura esenţial somatică a bolii lor şi de necesitatea efectuării unor noi investigaţii sau examinări.

**Clasificare comparativă (ICD-10 / DSM-IV-TR)**

| ICD-10, WHO, 1992 | DSM-IV-TR, APA, 2000 |
|---|---|
| F 40-48 Tulburări nevrotice, corelate cu stresul şi somatoforme | |
| **F 45 - Tulburări somatoforme** | **Tulburări somatoforme** |
| F 45.0 - Tulburare de somatizare (include:<br>• Tulburarea psihosomatică multiplă,<br>• sindromul acuzelor multiple) | 300.81 Tulburare de somatizare |
| F 45.1 - Tulburare somatoformă nediferenţiată (include:<br>• tulburare psihosomatică nediferenţiată) | 300.81 Tulburare somatoformă nediferenţiată<br>* Neurastenia - F 48.0 (din ICD-10) este clasificată la această tulburare, dacă simptomele persistă mai mult de 6 luni |
| F. 45.2 - Tulburare hipocondriacă (include:<br>• tulburare dismorfică corporală<br>• dismorfofobia (nedelirantă)<br>• nevroza hipocondriacă<br>• hipocondria<br>• nosofobia) | 300.7 Hipocondrie<br>De specificat dacă:<br>cu conştiinţa maladiei redusă<br><br>300.7 Tulburare dismorfică corporală |
| F 45.3 - Disfuncţie vegetativă somatoformă<br>F 45.30 - Cordul şi sistemul cardiovascular (include:<br>• nevroza cardiacă<br>• sindromul Da Costa<br>• astenia neurocirculatorie)<br>F 45.31 - Tractul gastro-intestinal superior (include:<br>• nevroza gastrică<br>• aerofagia psihogenă<br>• sughiţul, dispepsia şi<br>• pilorospasmul) | |

www.dacoromanica.ro

| | |
|---|---|
| F 45.32 - Tractul gastro-intestinal inferior (include:<br>• flatulența psihogenă<br>• sindromul colonului iritabil<br>• sindromul diareic gazos)<br>F 45.33 - Sistemul respirator (include:<br>• forme de tuse psihogenă<br>• hiperventilația)<br>F 45.34 - Sistemul uro-genital (include:<br>• creşterea psihogenă a frecvenței micțiunii<br>• disuria) | |
| F 45.4 - Tulburare somatoformă de tipul durerii persistente (include:<br>• psihalgia<br>• algia dorsală psihogenă<br>• tulburare somatoformă tip durere) | 307.xx Tulburare algică<br>307.80 asociată cu factori psihologici<br>307.89 asociată atât cu factori psihologici, cât şi cu condiție medicală generală<br>De specificat dacă: acută/cronică |
| F 45.8 - Alte tulburări somatoforme (nemediate prin sistemul nervos vegetativ) (include:<br>a) „globul isteric"<br>b) torticolisul psihogen şi alte tulburări ale mişcărilor spasmodice<br>c) pruritul psihogen<br>d) dismenorea psihogenă<br>e) bruxismul - scrâşnirea dinților) | |
| F 45.9 - Tulburarea somatoformă nespecificată (include: tulburarea psihofiziologică sau psihosomatică nespecificată) | 300.81 Tulburare somatoformă nespecificată |

DSM-IV-TR, APA, 2000 plasează **în cadrul Categoriei Tulburări somatoforme şi codul 300.11 Tulburare de conversie** (De specificat tipul: cu simptom sau deficit motor / cu simptom sau deficit senzorial / cu crize epileptice sau convulsii / cu tablou clinic mixt),

pentru care ICD-10, WHO, 1992 rezervă o categorie specială F 44 - Tulburări disociative (conversive), înglobată ca şi categoria F 45 - Tulburări somatoforme, în grupa F 40-48 Tulburări nevrotice corelate cu stresul şi tulburări somatoforme.

Astfel ICD-10, WHO, 1992, la **Categoria F 44 - Tulburări disociative (conversive)** specifică următoarele entități:

- F 44.0 - Amnezie disociativă
- F 44.1 - Fugă disociativă
- F 44.2 - Stupor disociativ
- F 44.3 - Tulburări de transă şi posesiune

www.dacoromanica.ro

- F 44.4 - Tulburări disociative motorii
- F 44.5 - Convulsii disociative
- F 44.6 - Anestezie şi pierdere senzorială disociativă
- F 44.7 - Tulburări disociative (conversive) mixte
- F 44.8 - Alte tulburări disociative (conversive)
    - F 44.80 - Sindrom Ganser
    - F 44.81 - Tulburare de personalitate multiplă
    - F 44.82 - Tulburări disociative (conversive) tranzitorii, ce apar în copilărie sau adolescenţă
    - F 44.88 - Alte tulburări disociate (conversive) nespecificate

② **Medicina psihosomatică**

*Criteriile ce caracterizează bolile cu componentă psihosomatică - criterii ce intervin în conturarea, sub raport psihosomatic, a sindroamelor legate de stres:*

- *Trăsături de personalitate specifice*
- *Etiologie stresogenă demonstrată în experiment*
- *Rolul stresogen al evenimentelor critice de viaţă*
- *Compatibilitatea cu teoriile etio-patogenetice bine fundamentate asupra bolii respective*
- *Influenţa bolii asupra reacţiei şi ajustării la stres*
- *Răspuns pozitiv la tratamentul anti-stres.*

**P. Derevenco, I. Anghel, A. Băban,** *Stresul în sănătate şi boală. De la teorie la practică,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992 (11).

Reargumentată şi refundamentată în ultimele decenii, medicina integrativă (holistică, globală) este exprimată definitoriu:

- în medicina psihosomatică - aplicată pe un segment limitat din ciclurile de viaţă (ontogeneză) şi preponderent în registru terapeutic; şi
- medicina anti-îmbătrânire - destinată unor perioade întinse de viaţă (tânăr → vârstnic) şi ca strategie principală de prevenţie (profilactică, sanogenetică), secundar terapeutică.

Cele 2 (două) „câmpuri" medicale sunt intersectate / interrelaţionate prin stres şi patologia stres-dependentă.

Astfel, **concepţia psihosomatică** în medicina modernă este susţinută de 5 (cinci) „piloni" (13):

1. Concepţia holistică (integrativă) dovedită prin unitatea dintre SOMA şi PSIHIC;
2. Se bazează pe observaţii clinice (confirmate de studiile epidemiologice) şi pe datele experimentale (psiho-fiziologie, neuro-endocrinologie etc.);
3. Include influenţa mediului social asupra bolii (mediată prin psihicul bolnavului);

www.dacoromanica.ro

4. Evidenţiază la bolnavii psihosomatici dubla vulnerabilitate la stres: psihică şi de organ;
5. Impune stresul psihic ca factor de risc major în patogeneză: aparent exclusiv şi sumativ.

**Medicina psihosomatică** a dobândit o sferă de maximă generalitate prin integrarea somato-psiho-socială şi include practic întreaga patologie (10, 15).

În cadrul medicinei psihosomatice sunt diferenţiate: reacţiile, tulburările, afecţiunile şi bolile psihosomatice.

Reacţii, tulburări (simptome, sindroame, tulburări) şi afecţiuni - definire şi clasificare (14).

- **Reacţiile psihosomatice:**
  - sunt provocate prin situaţii deosebit de stresante şi declanşează simptome variate: ameţeală, tahicardie etc.;
  - de regulă, simptomele dispar când dispare situaţia declanşatoare a factorului excitant;
  - evoluţia emoţională greşită (mal-adaptativă) nu reprezintă o condiţie esenţială;
  - orice individ (tipologie, vârstă, gen) poate trăi reacţii psihosomatice.
- **Tulburările psihosomatice -**
  - **Simptome de conversiune:**
    - constau într-un răspuns somatic secundar şi dezvoltarea unui conflict nevrotic;
    - au caracter simbolic şi se consideră că reprezintă o încercare de a rezolva conflictul;
    - se raportează la organele de mişcare şi la cele senzitivo-senzoriale;
    - de ex.: parestezia, senzaţii de durere, vomismente, surzenia psihogenă, orbirea, paralizia isterică;
  - **Sindroame funcţionale:**
    - constau într-un spectru de suferinţe (simptome) schimbător, adesea difuz;
    - cuprind - sistemul cardio-vascular, tractul gastro-intestinal, sistemul respirator, tractul uro-genital sau sistemul locomotor;
    - contrast între prezenţa de tulburări funcţionale ale unor organe / sisteme şi lipsa (în majoritate) probelor de afectare / lezare a ţesutului / organului implicat;
    - nu au o semnificaţie specifică, constituie o sechelă la o funcţie organică afectată (spre deosebire de simptomele de conversiune);
    - sunt considerate semne însoţitoare ale afectelor, nu au caracter expresiv şi sunt denumite nevroze de organ (9); şi
    - cuprind un număr mare de pacienţi care consultă doctorul (de familie, generalist, internist);

www.dacoromanica.ro

- **Tulburări psihosomatice în sens restrâns (psihosomatoze):**
  - implică existența unei reacții fizice de situație conflictuală sau de stres;
  - însoțite de leziuni de țesut (demonstrabile morfopatologic) și de modificări organice;
  - „alegerea" unui organ este determinată de o predispoziție / vulnerabilitate;
  - cuprind 7 (șapte) afecțiuni psihosomatice unanim acceptate: astmul bronșic, colita ulceroasă, hipertensiunea arterială esențială, neurodermita, artrita reumatoidă, ulcerul duodenal, anorexia.

Din integrarea perspectivei bio-psiho-sociale cu cea psihiatrică rezultă următoarea clasificare (12) -

- **Afecțiuni psihogene** - fenomene psihice primare cu/fără implicare imaginară a corpului:
  - simptome de conversiune;
  - reacții hipocondrice
  - reacții la stări psihopatologice;
- **Afecțiuni psihofiziologice** - reacții somatice în cel mai larg sens, declanșate de factori psihici / stresori:
  - simptome fiziologice însoțind stările emoționale și tulburările afective;
  - tulburări organice induse de stresul emoțional;
- **Afecțiuni psihosomatice în sens restrâns** - tulburări psihosomatice - somatopsihice:
  - debut la orice vârstă - mai frecvent la sfârșitul adolescenței;
  - cu evoluție simplă, cronică sau recurentă;
  - stresul psihic reprezintă un factor determinant;
  - de regulă există tulburări psiho-dinamice specifice, corespunzând tulburărilor organice specifice; și
  - trăsături psihologice constante - tipuri de comportament și personalitate;
- **Afecțiuni somatopsihice** -
  - reacții psihice la tulburări somatice.

ICD-10, WHO, 1992 precizează în Introducere, la Probleme de terminologie că **tulburările descrise ca psihosomatice** în alte clasificări se regăsesc în ICD-10 în următoarele 4 (patru) Categorii (care astfel „capătă statutul" de psihosomatice), (1-5):

- **F 45 - Tulburări somatoforme**
- **F 50 - Tulburări ale instinctului alimentar**
- **F 52 - Disfuncții sexuale**
- **F 54 - Factori psihologici sau comportamentali, asociați cu tulburări sau boli descrise în altă parte**
  - * cu atenționarea importanței de a nota / înscrie această categorie și de a o utiliza pentru specificarea asocierii cu o cauză emoțională a tulburărilor somatice (codificate la celelalte capitole din ICD-10).

Categoria F 45 - Tulburări somatoforme a fost prezentată anterior.

www.dacoromanica.ro

Celelalte 3 (trei) Categorii sunt grupate în Secțiunea: F 50-59 - Sindroame comportamentale asociate cu tulburări fiziologice şi factori somatici:

**F 50 - Tulburări ale instinctului alimentar**

- F 50.0 - Anorexie nervoasă
- F 50.1 - Anorexie nervoasă atipică
- F 50.2 - Bulimie nervoasă
- F 50.3 - Bulimie nervoasă atipică
- F 50.4 - Alimentație excesivă, asociată cu alte tulburări psihologice
- F 50.5 - Vomă, alte tulburări psihologice
- F 50.8 - Alte tulburări ale instinctului alimentar
- F 50.9 - Tulburarea instinctului alimentar nespecificată

**F 52 - Disfuncție sexuală necauzată de o boală sau tulburare organică**

- F 52.0 - Lipsa sau pierderea dorinței sexuale
- F 52.1 - Aversiunea sexuală şi lipsa plăcerii sexuale
  - F 52.10 - Aversiune sexuală
  - F 52.11 - Lipsa plăcerii sexuale
- F 52.2 - Eşec al satisfacției sexuale
- F 52.3 - Disfuncție orgasmică
- F 52.4 - Ejaculare precoce
- F 52.5 - Vaginismul non-organic
- F 52.6 - Dispareunia non-organică
- F 52.7 - Impuls sexual excesiv
- F 52.8 - Altă disfuncție sexuală non-organică
- F 52.9 - Disfuncție sexuală non-organică nespecificată

**F 54 - Factori psihologici şi comportamentali, asociați cu tulburări sau boli clasificate în altă parte**

**Definiție**: Categoria F 54 trebuie folosită pentru înregistrarea prezenței unor influențe psihologice sau comportamentale, considerate că joacă un rol major în etiologia bolilor somatice (clasificate în alte capitole din ICD-10).

**Include:** factorii psihologici care afectează condiția somatică.

**Exclude:** cefaleea tip tensiune (G 44.2).

**Caracterizare:**

- sunt tulburări mintale (de regulă) uşoare şi adesea prelungite (de ex.: îngrijorarea, conflictul emoțional, aprehensiunea etc.),
- nejustificând prin ele însele utilizarea vreunei categorii din restul acestui capitol;
- se utilizează un cod adițional, pentru a identifica tulburarea somatică, iar
- când o tulburare psihiatrică cauzează o tulburare somatică, se utilizează şi al doilea cod adițional (pentru tulburarea psihiatrică).

www.dacoromanica.ro

**Exemplificare:**

- astm bronşic: F 54 ⊕ J 45;
- ulcer gastric: F 54 ⊕ K 25;
- colita ulceroasă: F 54 ⊕ K 51;
- colita mucoasă: F 54 ⊕ K 58;
- dermatita şi exema: F 54 ⊕ L 23-25;
- urticaria: F 54 ⊕ L 50.

**Bibliografie selectivă**


- **ICD-10, WHO, 1992**
  1. World Health Organization (WHO), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,* 10th Revision *(ICD-10),*
     - vol. 1 - *Tabular List,*
     - *vol. 2 - Instruction Manual,*
     - vol. 3 - *Index,*

     WHO, Geneva, 1992.
  2. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines,* WHO, Geneva, 1992.
  3. Ministerul Sănătăţii, Centrul de Calcul şi Statistică Medicală, *Clasificarea Internaţională a Maladiilor,* Revizia a 10-a OMS *(CIM-10, OMS)*:
     - vol. 1 - *Lista Codurilor cu 3 caractere şi Tabelul analitic,*
     - vol. 2 - *Reglementările privind clasificarea şi codificarea cauzelor de boală şi deces,*

     Ed. Medicală, Bucureşti, 1993.
  4. *ICD-10,* WHO, *Clasificarea tulburărilor mintale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic,* Ed. All, Bucureşti, 1998.
  5. http://www.who.int/classifications/apps/icd10online
- **DSM-IV-TR, APA, 2000**
  6. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th Edition. Text Revision *(DSM-IV-TR),* APA, Washington, DC, 2000.
  7. Asociaţia Psihiatrică Americană, *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mintale,* Ed. a 4-a Revizuită *(DSM-IV-TR),* Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2003.
  8. http://www.dsmivtr.org/index.cfm; e-mail: DSM@psych.org
- **Stresologie şi medicină psihosomatică**
  9. Alexander, F., *Psychosomatic Medicine,* Norton, New York, NY, 1950.
  10. Cheren, S. (ed.), *Psychosomatic Medicine: Theory, Physiology and Practice,* vols. 1 and 2, International Universities Press, Madison, CT, 1989.
  11. Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A., *Stresul în sănătate şi boală. De la teorie la practică,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992.


www.dacoromanica.ro

12. Engel, G. L., *Psychological Development in Health and Disease,* Saunders, Philadelphia, PA, 1970.
13. Iamandescu, I. B. (ed.), *Elemente de psihosomatică generală şi aplicată,* Ed. Infomedica, Bucureşti, 1999.
14. Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., Kröger, F., *Psychosomatic Disorders in General Practice,* Springer Verlag, Berlin, DE, 1992.
15. Mihăescu, V. (ed.), *Psihoterapie şi psihosomatică,* Ed. Polirom, Iaşi, 1996.

www.dacoromanica.ro

## Partea II - ADAPTOLOGIE

Capitolul 1. **Adaptare, coping / mal-adaptare, tulburări de adaptare**

Capitolul 2. **Homeostazie, alostazie, vitalitate şi vulnerabilitate**

Capitolul 3. **Binomul stresului = disstres + eustres**

Capitolul 4. **Sindromul general de adaptare (disstres şi adaptare)**

Capitolul 5. **Capacitatea de a face față (coping, anti-stres)**

Capitolul 6. **Comportament, temperament, personalitate / disstres şi adaptare**

Capitolul 7. **Evaluarea adaptării (impactul şi depăşirea disstresului)**

Capitolul 8. **Tulburări de adaptare (în plan psiho-social)**

Capitolul 9. **Tetrada (cascada) dezadaptării şi bolilor (în plan bio-psiho-social)**

www.dacoromanica.ro

## Capitolul 1. **ADAPTARE, COPING / MAL-ADAPTARE, TULBURĂRI DE ADAPTARE**

### ① Definiții, concepte, aforisme şi sentințe

***Cunoaşteți** inamicul,*
***cunoaşte-te** pe tine însuți;*
*într-o sută de bătălii nu te vei expune nici unei primejdii.*

**Sun Tzu** (c. 544-496 î.d.Hr.), Arta războiului,
scrisă în jurul anului 500 î.d.Hr. în China:
- reconfirmată ca principalul text de bază despre strategie (orientală),
- considerată cea dintâi carte pentru auto-ajutor din lume.

➢ Deoarece **adaptarea** operează în **binomul antagonic** (–) / (+) = **disstres / adaptare,** pentru complementaritate, această sinteză de citate trebuie comparată (şi completată) cu cea prezentată în Partea I, Capitol 1- **Hans Selye - Stres, adaptare, sănătate**

**STRUGGLE FOR LIFE** (engl.) - *lupta pentru existență.*

*Expresie pusă în circulație de Ch. Darwin, pentru a caracteriza selecția naturală, în urma căreia supraviețuiesc numai indivizii cu mare putere de adaptare.*

***Speciile care vor supraviețui** nu sunt nici cele mai puternice, nici cele mai inteligente,*
*ci **acelea care vor fi ştiut să se adapteze la mediul lor.***

**Charles Robert Darwin** (1809-1882)
Biolog englez, fondatorul Teoriei evoluționiste:
*Originea speciilor prin selecție naturală sau păstrarea raselor favorizate în lupta pentru existență,* 1859.

***Acțiunile sau fenomenele nu pot fi înțelese prin studierea unui singur corp. Totdeauna are loc o acțiune de contact între două sau mai multe corpuri.***

*Exemplu: atracția rezultă din acțiunea reciprocă a două corpuri; când este numai un singur corp, această proprietate dispare, fără ca ea să poată fi constatată le nici unul dintre ele luat separat.*

***Tot astfel, în fenomenele fiziologice pot exista acțiuni care nu sunt decât rezultatul a două elemente în contact,** dar care încetează de îndată ce contactul are loc.*

www.dacoromanica.ro

*Există deci:*

- ***proprietăți specifice corpului sau țesutului;***
- ***proprietăți manifestate sub influența unui alt corp.***

*Primele proprietăți sunt constante; celălalte sunt dimpotrivă trecătoare.*

***Concluzie ... Dualismul.***

***Organismul tinde să se mențină, sistemul nervos previne organismul, iar el reacționează în consecință.***

***Dacă mediul se modifică, organismul caută să se mențină în mediul nou, se aclimatizează, se supune.***

**Claude Bernard,** *Caiet de note (1850-1860),* p. 114, p. 120, Ed. Științifică, București, 1969.

**G. Brătescu,** Cuvânt înainte la ediția în lb română, p. 36:
*De un mare interes este observația că în* ***fiziologie*** *trebuie adoptat sistematic* ***un punct de vedere binar.***

***Toutes les activités physiologiques possèdent le caractère d'être adaptives.*** *L'adaptation prend donc des formes innombrables.*

*On peut, cependant, grouper ses aspects* ***en deux catégories,*** *intra-organique et extra-organique.*

***L'adaptation intra-organique*** *détermine la constance du milieu intérieur et des relations des tissus et des humeurs. Elle assure la corrélation des organes. Elle produit la réparation automatique des tissus et la guérison des maladies.*

***L'adaptation extra-organique*** *ajuste l'individu au monde physique, psychologique et économique. Elle lui permet de survivre en dépit des conditions défavorables de son milieu.*

***Sous leurs deux aspects, les fonctions adaptives agissent à chaque instant de notre vie. Nous ne durons que grâce à elles.***

***En résumé, l'adaptation est un mode d'être de tous les processus organiques et mentaux.***

*Elle n'est pas entité.*

***Elle*** *est équivalente au groupement automatique de nos activités de la façon qui* ***assure le mieux la survie de l'individu.***

***Ce mode d'activité est nécessaire au développement optimum de l'être humain.***

**Alexis Carrel** (1873-1944), laureat al Premiului Nobel pentru Fiziologie sau Medicină în 1912.

**Alexis Carrel,** *L'homme, cet inconnu,*
*Chapitre VI - Les fonctions adaptives,* pp. 229-281,
Librairie Plon , Paris, 1935.

www.dacoromanica.ro

*Adaptabilitatea este probabil cea **mai distinctivă** (specifică) **caracteristică** **a vieții.***

**Hans Selye,** The evolution of the stress concept, *American Scientist,* 61: 692-699, 1973.

**ADAPTARE, s.f. / adaptation, s.f. / adaptation.** [*Lat.* **adaptare** = *a potrivi*].

***Proprietatea organismelor vii** datorită căreia o serie de caracteristici fiziologice și anatomice ale acestora se pot modifica în funcție de particularitățile sau transformările mediului ambiant. În general, **efectele adaptării** sunt favorabile vieții organismelor în condiții de mediu noi sau modificate.*

**Rusu, V.,** *Dicționar Medical,* Ed. III-a, pp. 163-164, Ed. Medicală, București, 2007.

*Tulburările din **Categoria F 43** - Reacție la stres sever și **tulburări de adaptare:***

- ***reprezintă răspunsuri maladaptative** la stres sever sau continuu,*
- ***interferează cu mecanismele de coping** (de a face față),*
- ***duc la afectarea funcționării sociale.***

**Clasificarea Internațională a Maladiilor,** ICD-10, WHO, Geneva, 1992.

www.dacoromanica.ro

## Capitolul 2. HOMEOSTAZIE, ALOSTAZIE, VITALITATE ŞI VULNERABILITATE

*On ne peut se lasser d'admirer le système de liberté générale que* ***la nature*** *semble avoir voulu établir dans tout ce qui a rapport aux êtres vivants.*

*En leur donnant la vie, le mouvement spontané, une force active, des besoins, des passions, elle ne leur a point interdit d'en faire usage.*

*Elle a voulu qu'ils fussent libres même d'en abuser; mais* ***prudente et sage, elle a mis partout des régulateurs,*** *...*

> **Seguin** et **Antoine Laurent Lavoisier** (1743-1794), Premier mémoire sur la transpiration des animaux, *Lu à la rentrée publique*, le 14 avril 1790, *Mémoires de l'Académie des Sciences,* Paris, année 1790, p. 77, *Mémoires de Lavosier,* pagination 704-714 (14).

***La fixité du milieu intérieur est la condition d'une vie libre et indépendante*** *(Constance of the internal environment is the condition for a free and independent life),* practic principiul homeostaziei.

> **Bernard, C.,** *Leçons sur les phénomènes de la vie commune aux animaux et aux végétaux,* vol. 2, p. 564, Baillière, Paris, 1879 (1).

> **Claude Bernard** (1813-1878), fiziolog şi gânditor francez, unul dintre fondatorii fiziologiei moderne *(Father of Physiology)* şi al endocrinologiei, numit de I. Bernard Cohen de la Harvard University *one of the greatest of all men of science.*

*În* ***homeostazia neuropsihică*** *distingem două aspecte esenţiale: o infrastructură neurofiziologică şi o suprastructură psihică dependentă.*

*Ambele sunt în strânsă corelaţie, însă sub aspect homeostazic ele nu coincid obligatoriu.*

***Baza neurofiziologică*** *vizează în esenţă atingerea unui optim, în timp ce* ***suprastructura psihică*** *tinde spre un maxim: maximum de eficacitate şi eficienţă.*

> **M. Pop,** Homeostazia comportamentului şi comporatmentul homeostatic, pp. 152-176. In: E. A. Pora (ed.), *Homeostazia,* Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1981 (5).

### ① Homeostazia şi heterostazia

**Homeostazia** (Gr. *homoios* = asemănător, *stasis* = oprire, de la *istanai* = a plasa, a face să ţină) semnifică capacitatea organismelor vii de a menţine prin autoreglare, în limite optime (intervale mici) caracteristici fiziologice stabile, ndeosebi cele de la nivelul mediului intern - sângele, pe fondul solicitărilor adaptative continue impuse de mediul ambiant (12).

www.dacoromanica.ro

Homeostazia reprezintă una dintre caracteristicile fundamentale ale sistemelor vii, reglarea homeostatică permiţând organismelor de a-şi prezerva structura şi de a funcţiona mai eficient.

Noţiunea de **homeostazie**:

- a fost prevăzută şi anticipată de **Antoine Laurent Lavoisier** (1743-1794), (14),
- a fost iniţiată şi propusă conceptual de marele fiziolog **Claude Bernard** (1813-1878), (1, 2), iar
- termenul a fost introdus în literatura medicală de **Walter B. Cannon** (1871-1945), în cartea sa *The Wisdom of the Body,* W. W. Norton, New York, NY, 1932 (3);
- ulterior, concepţia a fost lărgită prin contribuţiile lui:
    - **Hans Selye** (1907-1982), care alături de homeostazie, a introdus termenul de **heterostazie** (15, 16); şi
    - **P. Sterling** şi **J. Eyer,** care în plus de homeostazie, au instituit noţiunile de **alostazie** şi **încărcare alostatică** (4, 17).

Concepţia de homeostazie (h.) s-a diversificat în decursul timpului (contribuţiile lui A. L. Lavoisier, Cl. Bernard, W. B. Cannon, H. Selye, P. Sterling şi J. Eyer rămânând valabile). De la **h. mediului intern** (prima studiată şi cea care a introdus conceptul), (8), **h.** s-a extins la **h. morfologică** (6), **h. biochimică** (7), **h. genetică, h. metabolismului celular, h. imunitară, h. termică, h. neuropsihică** (5) etc.

Astfel, homeostazia devine un proces dinamic de adaptare permanentă, exprimat prin reacţii modulatoare metabolice şi asigurarea unor structuri funcţionale adecvate vieţii pentru situaţia dată. În acest mod, organismul îşi păstrează constant nivelul unor parametri biochimici şi biomorfologici şi poate să restabilească un echilibru perturbat, prin revenire la starea iniţială sau prin revenire la o stare echivalentă (13).

Conceptul de homeostazie este structurat / diferenţiat în trei tipuri diferite, în conformitate cu teoria *bugetului energiei dinamice,* care prevede pentru organizarea metabolică o structură şi una sau mai multe rezerve în interiorul organismului:

- *homeostazie puternică,* în care structura şi rezerva nu se schimbă în compoziţie;
- *homeostazie slabă,* în care raportul cantităţilor rezervei şi structurilor devine constant atât timp cât disponibilitatea hranei este constantă, chiar dacă organismul creşte;
- *homeostazia structurală,* în care structurile subindividuale cresc în armonie cu întreg individul.

Mecanismele de control ale homeostaziei sunt reprezentate în principal de:

- *feedback-ul negativ,* majoritatea mecanismelor de reglare fiziologică funcţionând astfel, de ex. termoreglarea, osmoreglarea, glucoreglarea; şi

www.dacoromanica.ro

- *feedback-ul pozitiv,* mai rar utilizat de organism din cauză că riscurile de accelerare pot deveni incontrolabile, de ex. acumularea trombocitelor care determină coagularea sângelui, ca răspuns la ruperea sau lezarea pereţilor vasculari.

**Homeostazia neuropsihică** devine extrem de importantă în contextul adaptaţional. Aceasta deoarece la fiinţa umană sistemul nervos central are o perioadă largă de creştere şi dezvoltare până în jurul vârstei de 25 ani.

În plus, procesul de educaţie continuă a adultului menţine procesele psihice la un nivel ridicat de desfăşurare.

Având în vedere caracteristicile ei (o infrastructură neurofiziologică şi o suprastructură psihică dependentă), homeostazia psihică capătă valenţe şi particularităţi noi:

- la impactul stresorilor (mai ales al celor psihici) cu psihicul uman;
- în cursul proceselor de învăţare şi de adaptare neurobiologică şi neuropsihică; şi
- în declanşarea şi modularea reacţiilor de coping ale individului.

Dezechilibrele homeostatice provoacă apariţia multor boli. Cu înaintarea în vârstă, eficienţa sistemelor de control homeostatic scade, ceea ce determină creşterea vulnerabilităţii la oamenii bătrâni.

**Heterostazia** (Gr. *heteros* = altul, *stasis* = oprire, de la *istanai* = a plasa, a face să ţină), (15, 16) reprezintă *un echilibru anormal* la care organismul este obligat să recurgă datorită diverşilor agenţi agresivi, potenţiali patogeni.

Atât în mecanismele adaptative homeostatice, cât şi în cele heterostatice intervin:

- **stimulii** şi **agenţii sintoxici şi catatoxici,** care determină
- **reacţiile** şi **răspunsurile sintoxice şi catatoxice.**

**Stimulii sintoxici** (Gr. *syn* = împreună, *toxon* = săgeată) acţionează ca liniştitori ai ţesuturilor, creând o stare de toleranţă pasivă, care permite un fel de simbioză sau coexistenţă paşnică cu agresorii (16).

**Agenţii catatoxici** (Gr. *kata* = în jos, împotrivă, *toxon* = săgeată) determină modificări chimice, în special prin producerea de enzime distructive, care conduc la un atac activ asupra agentului patogen, în mod obişnuit prin accelerarea degradării lui metabolice (16).

Conceptul de heterostazie, a premers şi prefigurat în anumite privinţe pe cel de alostazie.

### ② Alostazia şi încărcarea alostatică

**Alostazia** (Gr. *allos* = adult, *stasis* = oprire, de la *istanai* = a plasa, a face să ţină) reprezintă capacitatea organismelor vii de a realiza stabilitatea sau homeostazia prin schimbare, prin procesul de adaptare sau prin restabilirea homeostaziei la provocările şi schimbările mediului extern (17). Faţă de sistemele homeostatice, care menţin constantele organismului în limite înguste ale intervalului, sistemele alostatice (adaptative) au marginile intervalului de variaţie mult mai largi.

www.dacoromanica.ro

Ansamblul funcţiilor homeostatice şi alostatice sunt sub control neuro-endocrin. Astfel, prin alostazie, sistemul nervos autonom / vegetativ (ortosimpatic şi parasimpatic), axul hipotalamo-hipofizo-suprarenal (HHS), precum şi sistemele imunitar, metabolic şi cardio-vascular răspund la solicitările mediului extern şi intern. În plus, la fiinţa umană, intervine şi cortexul cerebral, care, în vederea răspunsului adaptativ, printr-un proces de evaluare, analizează informaţia specifică a stimulului (noxei) şi compară situaţia prezentă cu experienţele anterioare.

Funcţionarea repetitivă şi îndelungată a mecanismelor homeostatice şi alostatice determină **încărcarea (povara) alostatică** (4), care practic este preţul acomodării şi adaptării repetitive. Pe parcursul ontogenezei, încărcătura alostatică constituie uzura organismului, de la reactivitatea cronică crescută la cea scăzută a sistemelor alostatice, având ca rezultat diminuarea posibilităţilor adaptative, epuizarea homeostatică şi mărirea vulnerabilităţii.

### ③ Vitalitate (redundanţă structurală, rezerve funcţionale) şi vulnerabilitate

**Vitalitatea** (vigoarea, forţa, dinamismul şi energia) organismului uman este reprezentată de redundanţa structurală şi rezerva funcţională. **Redundanţa** (Lat. *redundantia* = revărsare, exces) este un concept cheie al organizării şi funcţionării fiinţei vii, care asigură o mare siguranţă şi fiabilitate în activitatea acesteia (9).

**Redundanţa, resursele şi rezervele** organismului sunt:

- **structurale** (de ex. omul are 2 plămâni, deşi poate funcţiona cu unul singur, 1/3 din ficat este suficientă pentru desfăşurarea activităţii hepatice);
- **funcţionale** (de ex. în repaus omul utilizează numai cca 40% din capacitatea vitală pulmonară şi capacitatea de filtrare renală); şi
- **informaţionale** (definite ca surplus de informaţie, cu rolul de a asigura exactitatea şi claritatea transmiterii unui mesaj, sunt esenţiale la nivel biochimico-metabolic şi în funcţionalitatea circuitelor neuronale).

Vitalitatea şi redundanţa scad progresiv cu parcurgerea în timp a etapelor ontogenezei / ciclurilor de viaţă, în contrast cu **vulnerabilitatea (structurală, funcţională şi informaţională)**, (10, 11), care are un traseu invers, deoarece creşte odată cu înaintarea în vârstă. În plus, diminuarea vitalităţii şi augmentarea vulnerabilităţii sunt accelerate de factorii externi bio-psiho-sociali.

Vitalitatea şi redundanţa, precum şi dinamica lor pe parcursul desfăşurării ontogenezei, sunt concepte sanogenetice care pot fi dezvoltate, menţinute şi întârziate ca degradare datorită vârstei, prin utilizarea optimă şi inteligentă a mecanismelor de adaptare.

### Bibliografie selectivă

1. Bernard, C., *Leçons sur les phénomènes de la vie commune aux animaux et aux végétaux,* vol. 2, p. 564, Baillière, Paris, 1879.

www.dacoromanica.ro

2. Bernard, C., *Introducere în studiul medicinei experimentale,* Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1958.
3. Cannon, W. B., *The Wisdom of the Body,* W. W. Norton, New York, NY, 1932.
4. McEwen, B. S., Allostasis and allostatic lood, pp. 145-150. In: G. Fink (ed.), *Encyclopedia of Stress, vol. 1 (A-D),* Academic Press, San Diego, CA, 2000.
5. Pop, M., Homeostazia comportamentului şi comporatmentul homeostatic, pp. 152-176. In: E. A. Pora, (ed.), *Homeostazia,* Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, 1981.
6. Pora, E. A., Homeostazia morfologică, pp. 12-20. In: Pora, E. A. (ed.), *Homeostazia,* Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1981.
7. Pora, E. A., Homeostazia biochimică, pp. 21-33. In: Pora, E. A. (ed.), *Homeostazia,* Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1981.
8. Pora, E. A., Homeostazia mediului intern al organismului animal, pp. 44-99. In: Pora, E. A. (ed.), *Homeostazia,* Ed. Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1981.
9. Riga, D., Riga, S., Mărirea vitalităţii creierului, factor în promovarea stării de sănătate mintală, *Revista Sanitară Militară,* 82: 421-431, 1979.
10. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Vulnerabilitate, stres şi îmbătrânire: dimensiunea antropologică a stresului în senescenţă, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11: 35-44, 2004.
11. Riga, D., Riga, S., O nouă paradigmă în medicină şi psihiatrie: tetrada disstres → uzură → îmbătrânire → polipatologie, pp. 31-75. In: G. Cornuţiu, D. Marinescu (eds.), *Orientări şi perspective în gândirea psihiatrică românească actuală,* vol. 1, Ed. Universităţii din Oradea, Oradea, RO, 2007.
12. Rusu, V., *Dicţionar Medical,* ed. 3 rev. ad., Ed. Medicală, Bucureşti, 2007.
13. Schneider, F., *Introducere în fiziologia clinică,* ed. 2, Ed. Viaţa Medicală Românească, Bucureşti, 2002.
14. Seguin, Lavoisier, A. L., Premier mémoire sur la transpiration des animaux, *Lu à la rentrée publique, le 14 avril 1790, Mémoires de l'Académie des sciences, année 1790, p. 77, Mémoires de Lavosier, pagination 704-714.*
15. Selye, H., Homeostasis and heterostasis, *Prospect Biol. Med.,* 16: 441-445, 1973.
16. Selye, H., The evolution of the stress concept, *American Scientist,* 61: 692-699, 1973.
17. Sterling, P., Eyer, J., Allostasis: a new paradigm to explain arousal pathology, pp. 629-649. In: S. Fisher, J. Reason (eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health,* J. Wiley, New York, NY, 1988.

www.dacoromanica.ro

## Capitolul 3. **BINOMUL STRESULUI = DISSTRES + EUSTRES**

*Înţelepţii taoişti spun că, atunci* ***când surâdeţi,*** *organele eliberează o secreţie asemănătoare mierii, care hrăneşte întregul corp.*

***Când sunteţi furios,*** *vă temeţi sau sunteţi tensionat (stresat), ele produc o secreţie otrăvitoare, care blochează meridianele energetice şi se instalează în organe, cauzând: lipsa apetitului, indigestie, hipertensiune, pulsul mărit al inimii, insomnie şi emoţii negative.*

**Mantak Chia,** *Taoist Ways to Transform Stress into Vitality. The Inner Smile. Six Healing Sounds,* Universal Tao Publ., Chiang Mai, Tailanda, 1985 (2).

*Hans Selye denumeşte*
*stresul negativ, dăunător şi distrugător* ***dis-stres,*** *iar*
*pe cel pozitiv, vitalizant şi favorabil vieţii* ***eu-stres.***

**Vera F. Birkenbihl,** Freude durch Stress, 8 Aufl., MVG Verlag, München/Landsberg am Lech, DE, 1992 (1).

### ① Binomul şi raportul disstres / eustres

Stresul este indispensabil vieţii (H. Selye), (12, 13) în sensul că reprezintă un „inductor" permanent de existenţă, adaptabilitate, competitivitate şi evoluţie biologică.

Dihotomia conceptului de stres în două tipuri fundamentale este necesară pentru înţelegerea, studierea, evaluarea şi utilizarea terapeutică a fenomenului (11). Astfel, diviziunea stresului în **eustres** şi **disstres,** iniţiată de H. Selye, este necesară din multiple considerente: metodologice, ştiinţifice, medicale, terapeutice etc. Ea este dezvoltată atât de autorii străini - H. Selye (12, 13), R. S. Lazarus (9), V. F. Birkenbihl (1) etc., cât şi de cei români - P. Derevenco (3), I.-B. Iamandescu (8), S. Riga şi D. Riga (10, 11) etc.

În literatura de specialitate se găsesc mult mai multe lucrări care abordează disstresul decât eustresul. Discrepanţa este covârşitoare, de cele mai multe ori eustresul fiind doar amintit, ca manifestare antagonică disstresului. Astfel, în cele trei volume ale *Encyclopedia of Stress,* vols. 1, 2, 3 - 2000 (4, 5, 6) apare indexat numai disstresul - assessment 1: 723-724, concomitants 1: 727-728, description 1: 7 23-724, influences 1: 724-727, eustresul fiind doar de câteva ori numai menţionat.

Există o serie de explicaţii:

- disstresul este perturbator al sănătăţii (7) şi de aceea i se acordă importanţa cuvenită;

www.dacoromanica.ro

- eustresul - ca factori inductori (eustresanți), fenomen (răspuns) și relație (raport) direct: eustresori / răspunsuri (psiho-neuro-endocrino-imunologico-fiziologice) - este mai dificil de delimitat și cuantificat din punct de vedere științific (8, 11).

Dar, eustresul, care reprezentă practic starea de sănătate, de buna funcționare a organismului, *wellness,* devine extrem de important în elaborarea, studierea și implementarea strategiilor (metodelor, tehnicilor) de luptă și acțiune anti-stres.

**② Caracterizarea / dimensiunea eustres-ului**

**Eustres**-ul - *stresul (+) pozitiv, bun, vitalizant, favorabil vieții* (11):

- asigură supraviețuirea în timpul disstresului, ne conștientizează asupra pericolelor și ne dă posibilitatea de a scăpa de amenințări / primejdii;
- eustresorii sunt reprezentați de agenți și situații (de stimuli, programe, învățare) agreabile din mediul înconjurător și favorabile pentru individ, de trăiri psihice pozitive (stări sufletești, emoții, sentimente), având pentru organism - în general, consecințe benefice și foarte bune;
- satisface nevoile de bază ale creierului arhaic (arhicortex, creier reptilian) ⊕
- stimulează zonele de recompensă / plăcere din sistemul limbic (paleocortex, creier vegetativ, creier emoțional) ⊕
- produce funcționarea optimă (bioelectrică, energetică) a cortexului cerebral (neocortex, creier gânditor, creier cognitiv);
- este însoțit, în principal de creșterea moderată de -
  - catecolamine (noradrenalină, adrenalină, DOPAamină);
  - CRF / CRH (Corticotropin-Releasing Factor / Corticotropin-Releasing Hormone), din hipotalamus →
  - ACTH (AdrenoCorticoTropic Hormone) / Corticotropin, din hipofiză →
  - cortizol, din corticosuprarenală
    = axul hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenal;
  - endorfine (α, β și γ), hormoni sexuali (masculini / feminini);
- induce imunostimulare - umorală / tisulară (creșteri de IgA, interferon γ și limfocite NK - Natural Killer);
- realizează tonusul psihic trivalent (afectiv-emoțional ⊕ motivațional-volitiv-comportamental ⊕ cognitiv);
- susține individul în efectuarea activităților zilnice, în realizarea scopurilor / obiectivelor mai greu de atins, în obținerea de reușite, satsfacții și bucurii;
- ajută la învățarea de lucruri noi, să ne adaptăm la schimbări, să utilizăm creativitatea, să ne angajăm în realizarea de noutăți (cu grad ridicat de inventivitate / originalitate), să tindem către performanță;
- în baza caracteristicilor prezentate, eustresul devine *stres pro-homeostaziant și/sau stres pro-alostaziant,* care consolidează adaptarea, starea de bine și sănătatea.

www.dacoromanica.ro

### ③ Caracterizarea / dimensiunea disstres-ului

**Disstres**-ul - *stresul (–) negativ, rău, nociv, distrugător, dăunător vieții* (11):

- este în totală contradicție / antagonism cu eustresul, practic opusul eustresului - prin consecințe / efecte negative, disfuncționale, patologice, nefaste asupra ființei umane;
- este provocat de disstresori (ca tip și nocivitate) - prea intenși, durată prea mare, multipli, simultani (concomitenți, suprapuși), care au un pronunțat caracter negativ (disconfortant, dezechilibrant, perturbator) în plan bio-psiho-social și sunt în opoziție totală cu necesitățile, activitatea și aspirațiile zilnice;
- nu satisfac nevoile de bază ale creierului arhaic (arhicortex, creier reptilian) ⊕
- stimulează zonele de pedeapsă / neplăcere din sistemul limbic (paleocortex, creier vegetativ, creier emoțional) ⊕
- cauzează disfuncționalitate (bioelectrică, energetică) a creierului cerebral (neocortex, creier gânditor, creier cognitiv);
- este însoțit, în principal de creșterea marcată și persistentă de -
  - catecolamine (în special adrenalină și noradrenalină / stare hiperadrenergică);
  - cortizol / stare hipercortizolică →
- care generează reacții → stări (funcționale → structurale) progrediente de disfuncții → tulburări → boli;
- determină imunodepresie - umorală / tisulară (scăderi de interferon γ și limfocite NK - Natural Killer) →
- care provoacă scăderea rezistenței organismului la infecții (virale, microbiene, fungice) și la neoplasme / cancer;
- împiedică individul să-și realizeze sarcinile și obiectivele de zi cu zi, scade abilitățile persoanei de a funcționa în regim de normalitate, pe baze zilnice, în ritm circadian (veghe-somn);
- rezultă din dezechilibrul (lipsă majoră de mijloace) -
  - în armonizarea posibilităților / resurselor / capacităților / abilităților individului, față de
  - necesitățile, dorințele, cerințele și obiectivele propuse;
  - * altfel definit - un mare decalaj între *dorințe și mijloacele de realizare a obiectivelor - teoria cognitivă a stresului psihic* - R. S. Lazarus (9);
- generează decompensarea / căderea / perturbarea trivalentă (afectiv-emoțională ⊕ motivațional-volitiv-comportamentală ⊕ cognitivă), care provoacă la nivelul organismului (structurat bio-psiho-social) apariția, cronicizarea și agravarea de tulburări / boli specifice, care interferă negativ cu obiectivele, activitatea și calitatea vieții persoanei;
- datorită acestor particularități și nocivității sale, disstresul devine *stres anti-homeostaziant și/sau stres anti-alostaziant*, care crește vulnerabilitatea, șubrezește sănătatea și provoacă boala (polipatologie).

www.dacoromanica.ro

În plus, disstresurile sunt şi rezultatul unor paradoxuri ale civilizaţiei actuale. Un singur exemplu: rapiditatea schimbării / permanenţa monotoniei alătură
- transformarea rapidă şi globală a habitatului uman şi evoluţia precipitată a tehnologiei nu dau timpul necesar fiinţei umane de a se adapta în condiţii de homeostazie şi de sănătate;
- munca monotonă, necreativă în care individul nu poate vedea (controla) produsul finit.

În această modalitate se constituie disstresurile pe termen lung (14, 15), care suprasolicită cronic adaptabilitatea în registrul bio-psiho-social.

**④ Balanţa zilnică: disstres / eustres**

Binomul / raportul zilnic devine în derulare / în dinamică balanţa diurnă de „cântărire": disstresori / eustresori, care evoluează procesual în → disstres / eustres → dezadaptare / adaptare → tulburări (de adaptare, stres-dependente) / sănătate.

Sunt zile / perioade când disstresorii copleşesc eustrsorii (raport puternic supraunitar), când distresul surclasează eustresul (de asemenea, raport intens supraunitar).

Raporturile sunt total diferite în etapele ontogenetice (ciclurile de viaţă):
- în copilărie şi adolescenţă, raportul este subunitar, predominant fiind eustresul, deoarece vitalitatea şi redundanţa sunt puternice, copilul este protejat de părinţi împotriva disstresorilor (familie funcţională), iar adolescenţii sunt motivaţi în atingerea obiectivelor;
- la maturitate, raportul este în general unitar, putând fi şi subunitar, atunci când capacităţile de adaptare şi reacţiile de coping sunt folosite corect;
- la bătrâneţe, raportul este supraunitar, dominant fiind disstresul, deoarece contextul şi suportul social deseori sunt defavorabile, vulnerabilitatea este crescută, rezervele organismului (structurale, funcţionale şi informaţionale) sunt scăzute, iar reacţiile mal-adaptative, uzura, stresul oxidativ şi vârsta sunt cumulate (3, 10).

Balanţa (zilnică, săptămânală, lunară ... anuală) de stres / şi consecinţe are:
- la numărător - disstresori → disstres → dezadaptare → tulburări (stres-dependente, de adaptare, psihosomatice);
- la numitor - eustresori → eustres → adaptare → sănătate (bio-psiho-socială).

Rezultatul aplicării balanţei / „cântărirea" efectelor - consecinţelor crează 2 (două) polarităţi antagonice:
- numărător MARE - disstresori → disstres → dezadaptare → tulburări (stres-dependente, de adaptare, psihosomatice)
  ⊕ numitor mic- eustresori → eustres → adaptare → sănătate (bio-psiho-socială)
  = boli acute / cronice, polipatologie, moarte prematură;

www.dacoromanica.ro

- numărător mic - disstresori → disstres → dezadaptare → tulburări (stres-dependente, de adaptare, psihosomatice)
  ⊕ numitor MARE - eustresori → eustres → adaptare → sănătate (bio-psiho-socială)
  = sănătate, longevitate, calitate superioară a vieții.

Astfel, aceste raporturi devin foarte relevante şi reprezintă instrumente necesare:

- în identificarea şi eliminarea / atenuarea disstresorilor;
- în crearea , aplicarea şi personalizarea de:
  - strategii de creştere a rezistenței organismului / de scădere a vulnerabilității bio-psiho-sociale;
  - metode de eficientizare a *coping*-lui şi de mărire a adaptării;
  - tehnici de protecție, apărare şi recuperare anti-stres;
- în evaluarea, susținerea şi dezvoltarea stării de sănătate a individului.

**Bibliografie selectivă**


1. Birkenbihl, V. F., *Freude durch Stress,* 8 Aufl., MVG Verlag, München / Landsberg am Lech, DE, 1992.
2. Chia, M., *Taoist Ways to Transform Stress into Vitality. The Inner Smile. Six Healing Sounds,* Universal Tao Publ., Chiang Mai, Tailanda, 1985
3. Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A., *Stresul în sănătate şi boală. De la teorie la practică,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992.
4. Fink, G. (ed.), *Encyclopedia of Stress,* vol. 1 (A-D), Academic Press, San Diego, CA, 2000.
5. Fink, G. (ed.), *Encyclopedia of Stress,* vol. 2 (E-M), Academic Press, San Diego, CA, 2000.
6. Fink, G. (ed.), *Encyclopedia of Stress,* vol. 3 (N-Z, Index), Academic Press, San Diego, CA, 2000.
7. Floru, R., *Stressul psihic,* Ed. Enciclopedică Română, Bucureşti, 1974.
8. Iamandescu, I.-B., *Stresul psihic din perspectivă psihologică şi psihosomatică,* Ed. Infomedica, Bucureşti, 2002.
9. Lazarus, R. S., Folkman, S., *Stress, Appraisal, and Coping,* Springer, New York, NY, 1984.
10. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Vulnerabilitate, stres şi îmbătrânire: dimensiunea antropologică a stresului în senescență, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11(1): 35-44, 2004.
11. Riga, D., Riga, S., *Medicina anti-îmbătrânire şi ştiințele longevității,* Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, 2007.
12. Selye, H. (ed.), *Selye's Guide to Stress Research,* vol. 1, Van Nostrand Reinhold, New York, NY, 1980.


www.dacoromanica.ro

13. Selye, H., History and present status of the stress concept, pp. 7-17. In: L. Goldberger, S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects,* Free Press - Collier Macmillan, London, 1982.
14. Siegrist, J., Long-term stress in daily life in a socioepidemiologic perspective, pp. 91-103. In: T. Theorell (ed.), *Everyday Biological Stress Mechanisms,* Adv. Psychosom. Med., vol. 22, Karger, Basel, CH, 2001.
15. Sudakov, K. V., Glazachev, Multiple Physiological Assessments of long-term stress at work and in daily life: a system approach, pp. 61-79. In: T. Theorell (ed.), *Everyday Biological Stress Mechanisms,* Adv. Psychosom. Med., vol. 22, Karger, Basel, CH, 2001.

www.dacoromanica.ro

# Capitolul 4. SINDROMUL GENERAL DE ADAPTARE (DISSTRES ŞI ADAPTARE)

*Toate observaţiile pledau pentru necesitatea de a găsi o denumire generică referitoare la întregul sindrom.*

*Întrucât se manifestă în mod* ***generalizat*** *în întregul corp şi se află în legătură evidentă cu adaptarea, l-am denumit* ***sindrom general de adaptare (GAS)*** *şi am considerat că se disting următoarele trei stadii ale evoluţiei sale:*

1. ***Reacţia de alarmă***
2. ***Stadiul de rezistenţă***
3. ***Stadiul de epuizare.***

**Hans Selye** (1907-1982) - „părintele stresului" şi unul din clasicii biologiei şi medicinei experimentale (7).

*Totul este absolut normal:*

- *apare un element de stres, organismul reacţionează imediat (faza de alarmă) pentru a pune lucrurile în mişcare,*
- *după care, într-o perioadă ceva mai lungă de timp (faza de rezistenţă), organismul restabileşte echilibrul.*

*Apare o problemă doar atunci când îi cerem organismului să reacţioneze în acest fel*

- ***prea des (prea dese faze de alarmă)*** *sau*
- *în mod* ***exagerat (o fază de rezistenţă exagerată),***

*ambele împingându-ne spre un nivel ridicat de cortizol.*

*În astfel de cazuri, când stresul se repetă constant,* ***nivelul de cortizol urcă şi rămâne ridicat,*** *provocând cea de-a treia fază a sindromului general de adaptare, căruia i se spune adesea supraîncărcare.*

***În această a treia fază,*** *cea de supraîncărcare,* ***sistemele de apărare încep să se prăbuşească şi riscurile de apariţie a bolilor cronice cresc primejdios de mult.***

**Shawn M. Talbott,** *The Cortisol Connection: Why Stress Makes You Fat and Ruins Your Health - and What You Can Do About It,* Hunter House Publ., Alameda, CA, 2002 (12).

*Practic, Hans Selye a observat că toate fiinţele vii au în primul rând un* ***mecanism înnăscut de reacţie imediată*** *la o solicitare a variaţiilor unui parametru (intern sau extern) şi* ***mecanisme dedicate dezvoltării unei reacţii pe termen lung (de antrenare),*** *dacă variaţia persistă indefinit.*

*Organismul* ***poate fi depăşit*** *în ceea ce priveşte primul mecanism, iar în ceea ce priveşte al doilea mecanism* ***se poate antrena*** *dilatând plaja adaptabilităţii sau* ***se poate epuiza*** *vulnerabilizând temporar ori definitiv organismul faţă de o solicitare specifică.*

*În această perspectivă,* ***stresul este situaţia configurațională în care organismul sau fiinţa umană sunt solicitate fie acut, fie de durată, la limita posibilităţii lor de adaptare, evoluând spre epuizarea resurselor sale şi spre incapacitatea adaptării.***

**Gavril Cornuţiu,** *Breviar de Psihiatrie,* ed. II-a, Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 2004 (1).

www.dacoromanica.ro

## ① Sindromul general de adaptare

**Stresorii, disstresorii** - factorii agresionanți - supraacuți, acuți, subacuți cronici, postcronici și/sau cumulați, biologici, neuropsihici sau socio-culturali, pericole anti-homeostatice și anti-adaptative vitale sau insidioase, permanente sau ocazionale sunt prezenți din abundență și într-o mare varietate de-a lungul vieții individului (2, 4, 5).

Componentă a sistemului de **stres,** ei determină un ansamblu de fenomene metabolice, tisulare și sistemice (neuro-endocrine) grupate de H. Selye în **sindromul general de adaptare (General Adaptation Syndrome - GAS** (6, 8, 10, 11). Astfel, GAS este mobilizat în scop homeostatic-alostatic pentru a reechilibra (anula, depăși) dezechilibrul solicitări-cereri / resurse-disponibilități.

GAS reprezintă în **relația cauză** (stresori / stres) → **efect** (adaptare, GAS) o constelație (model, pattern, sindrom) de răspunsuri nespecifice cu caracter / scop general adaptativ, dezvoltată din impactul agresorului (stresor/i) cu rezistența (morfo-funcțională) opusă de către organism.

GAS cuprinde o **trivalență** exprimată în diferite grade / rezultate:

- (–) dezechilibrul, tulburarea, leziunea (consecințe ale stresorilor);
- (+) efortul / reacțiile / răspunsul general adaptativ nespecific; și
- (–) uzura / îmbătrânirea ca uzură acumulată ontogenetic (este prețul / costul adaptării repetitive în depășirea efectelor provocate de stresori - într-o perioadă de timp / cu întindere până la întreaga viață).

GAS este **structurat dinamic** în registru adaptare / dezadaptare și procesual în timp, trifazic **în 3 (trei) stadii / etape / faze**:

- **nr. 1 - adaptarea imediată, reacția de alarmă, fază de alertă, răspuns de urgență și acțiune -**
  provocat de impactul acut (brutal) cu stresorul/ii,
  cuprinde:
  - faza de **șoc,** și
  - faza de **contrașoc;**
- **nr. 2 - adaptarea de lungă durată, stadiu de rezistență, faza de obișnuire și indurare -**
  produsă de acțiunea / expunerea cronică (prelungită) la stresor/i,
  mediată prin:
  - hormoni **sintoxici (anti-inflamatori),** și
  - hormoni **catatoxici (pro-inflamatori);**
- **nr. 3 - dezadaptare, starea de epuizare, depleția energiei adaptative, faza de uzură -**
  când adaptarea nu mai poate fi menținută / este depășită.

Structurarea GAS este consecința structurării reacției biologice de stres în cele 2 (două) majore / principale căi biologice ale stresului, care implicit la om / ființă bio-psiho-socială se suprastructurează în plan socio-psiho-biologic.

www.dacoromanica.ro

În prezentare sintetică se evidențiază -

- **un trunchi comun** (de impact): mediu (fizic-chimic-biologic ⊕ social-ocupațional-familial) → persoană (ființă socio-psiho-biologică) → sistem senzitivo-senzorial → creier (neo-paleo-arhi / gânditor - vegetativ - reptilian / zonă pedeapsă - recompensă);
- **bifurcat în 2 (două) căi / axe** de răspuns / reacție:
  - axa **rapidă** / reacția de **urgență** / sistemul hipotalamo → simpatico → adrenergic; și
  - axa **lentă** / reacția de **rezistență** / sistemul hipotalamo → hipofizo → corticosuprarenal.

**Etapa nr. 3** - starea de epuizare (a adaptării), dezadaptare - capătă la rândul ei o triplă semnificație:

- **epuizarea** - resurselor (metabolice, energetice, neuromediatori), mecanismelor (psihice, nervoase, endocrine, imunitare), manifestată bio-psiho-social;
- **uzură,** rata uzurii, uzură neuro-psiho-biologică;
- **îmbătrânire** = uzura acumulată ontogenetic, provocând vulnerabilizarea progresivă a sitemului.

Cele 3 faze ale GAS se desfășoară pe parcursul vieții (ontogenezei) într-un univers (context) cronobiologic:

*Cele mai interesante aspecte privind necesitatea intrisecă înnăscută a ritmurilor reies din legătura acestora cu cele 3 faze ale GAS - **faza de alarmă, de rezistență și de epuizare** - care, chiar de mai multe ori pe zi, reflectă la scară redusă ciclicitatea, iar întreaga viață a omului ilustrează procesul complet.*

*Indiferent de exigențele în fața cărora ne-am afla, comportarea noastră este totdeauna următoarea: la început, surpriza și teama produse de o situație neobișnuită provoacă o reacție de alarmă; după ce am învățat cum să rezolvăm problema fără zguduiri suplimentare, urmează perioada de rezistență; până la urmă, terminarea rezervelor noastre energetice duce la oboseală și survine perioada de epuizare.*

*Cele 3 faze succesive - care se repetă de-a lungul întregii vieți, de fiecare dată când ne aflăm în fața unei unei solicitări - seamănă surprinzător cu **nesiguranța copilăriei** lipsite de experiență, cu **rezistența solidă a maturității** și cu **epuizarea finală și moartea** ce survin la bătrânețe* (9).

Astfel, **adaptarea** devine opusă, antagonică cu disstresul, se recomandă ca o capacitate anti-stres, ca o resursă (soluție, mecanism) de depășire a stresului, ca reversul medaliei stres / adaptare (anti-stres). Adaptabilitatea are la bază reglarea funcționalității în raport cu necesitățile de fond ale metabolismului (mediul intern), posibilitățile de schimb ale organismului și solicitările impuse de variațiile condițiilor de mediu extern.

www.dacoromanica.ro

GAS „se exprimă" diferențiat (individualizat, personalizat) pe o axă de sanogeneză (+) → patogeneză (–):

- (+), **performanță anti-stres** (capacitate mărită bio-psiho-socială) ← antrenare / exersare ← educație /învățare / programare) ←
- ← **normal** (**GAS,** adaptare curentă anti-stres) →
- → dezechilibru → tulburare → **patologie,** (–).

În plus, GAS „se modulează" specific (individualizat, personalizat) în funcție de:

- vulnerabilitate, fragilitate (–) / (+) vitalitate, rezistență - bio-psiho-socială;
- adaptare, coping / învățate, experimentate / comportamental, personalitate - corecte, eficiente (+) / (–) incorecte, ineficiente, maladaptative, dezadaptative;
- etapa ontogenetică / ciclul de viață - în coordonatele de experiență a adaptării (lipsă, puțină, multă) și consecință acumulată a adaptării (uzură / îmbătrânire - neglijabilă, graduală, accelerată, rapidă - normală sau patologică).

De asemenea, GAS „se decompensează patologic" tot diferențiat (individualizat, personalizat) în funcție de dinamica celor 3 etape, generând tulburări - boli psihice - somatice superpozabile (ca fenomene, procese și mecanisme).

**② Patologia sindromului general de adaptare**

**Decompensarea patologică a stadiului nr. 1** - adaptarea imediată, reacția de alarmă:

- dezechilibre, decompensări, tulburări, boli - în registru acut;
- reacție acută la stres (F 43.0),
  tulburare de stres-posttraumatic (F 43.1);
- tulburări psihotice acute și tranzitorii,
  asociate cu stres acut (F 23.01; F 23.11; F 23.21; F 23.31);
- tulburări anxios-fobice (F 40);
  alte tulburări anxioase, incluzând
  tulburare de panică (anxietate paroxistică episodică - F 41.0),
  tulburare de tip anxietate generalizată (F 41.1) etc.;
- faza acută din întreaga patologie;
- șocul (traumatic, hemoragic, infecțios, toxic);
- durerea acută, colicile (renale, biliare, intestinale etc.);
- traumatisme, accidente (circulație, muncă etc.), infarct miocardic, accident vascular cerebral, insuficiență respiratorie acută etc.

**Manifestarea patologică a stadiului nr. 2** - adaptarea de lungă durată, stadiul de rezistență:

- dezechilibre, tulburări, boli - în registru cronic;
- tulburări de adaptare (F 43.2);
- hipertrofie (de țesut sau organ - prin suprasolicitare de rezistență sau de volum, prin hiperplazie):

www.dacoromanica.ro

hipertrofie miocardică (atrială: stângă - în stenoză mitrală, sau dreaptă - în cord pulmonar cronic / ventriculară: de adaptare - în tetrada Fallot, de baraj - în hipertensiune arterială / pulmonară, în stenoza aortică / pulmonară, de suprasarcină / de reflux - insuficienţă valvulară, şunt stânga-dreapta);
hipertrofie de prostată etc.

**Manifestarea patologică a stadiului nr. 3** - dezadaptare, starea de epuizare:

- dezechilibre, tulburări, boli - în registru cronic şi post-cronic;
- neurastenia (sindromul de oboseală - F 48.0),
  alte tulburări nevrotice specificate (F 48.8),
  tulburare nevrotică nespecificată (F 48.9);
- oboseală, surmenaj, (psih)(neur)astenie, epuizare,
  în plan psiho-social, neuro-psihic, neuro-biologic şi somatic,
  incluzând şi sindroame specifice:
  - altele decât neurastenia (sindromul de oboseală),
  - sindromul Burn-out - epuizare / sfârşeală mintală şi biologică,
  - sindromul de oboseală cronică;
- tulburările depresive (uşoare, moderate, severe, recurente - cu/fără simptome somatice) - prin procese de „epuizare" a neuromediatorilor cerebrali;
- tulburări somatoforme (F 45: F 45.1; F 45.2; F 45.3; F 45.4; F 45.8; F 45.9),
  reacţii - tulburări - boli psihosomatice şi afecţiuni somatopsihice;
- insuficienţă (cronică) respiratorie, cardiacă, circulatorie, renală, hepatică;
- stări consumptive , patologie progredientă / ireversibilă, stări terminale,
  patologie toxico-carenţială şi infecţioasă,
  boli autoimune, neoplazice, degenerative,
  afecţiuni mintale, organice, endocrine, metabolice, digestive (malnutriţie, hepatite),
  tratamente anti-metabolice, chimioterapie, radioterapie.

Corespunzător celor 3 (trei) etape caracteristice ale GAS - ca expresie a adaptării / normalităţii:

- se suprastructurează trifazic tulburările / bolile psihice, psihosomatice şi somatice, în registru acut / cronic; şi
- este necesar a se diferenţia de asemenea trifazic şi terapiile specifice de protecţie, reducere şi antagonizare a stresului / bolilor stres-dependente (terapii anti-stres) - prezentate în ultima parte a cărţii.

Conceptul general al stresului, răspunsul organismului (sindromul general de adaptare) şi legătura de necontestat dintre stres şi boală (patologia stres-dependentă), introduse în bio-medicină de H. Selye, au fost adâncite, complexificate şi diversificate ulterior în funcţie de evoluţia ştiinţifică şi a cunoaşterii în general.

www.dacoromanica.ro

Astfel, R. McCarty şi K. Pacak (3) introduc noţiunile de:

- **habituation** (obişnuire, acomodare) = descreşterea amplitudinii răspunsului la stres, după expunerea zilnică repetată la acelaşi stresor;
- **dishabituation** (dezobişnuire, dezacomodare) = facilitarea (creşterea) răspunsului de obişnuinţă la stres, după expunerea la un stresor nou sau mai intens;
- **sensitization** (sensibilizare) = mărirea răspunsului de stres (care nu a suferit obişnuinţă) la un stresor de intensitate ridicată (înaltă).

**Bibliografie selectivă**


1. Cornuţiu,G., *Breviar de Psihiatrie,* ed. II-a, Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 2004.
2. Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A., *Stresul în sănătate şi boală. De la teorie la practică,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992.
3. McCarty, R., Pacak, K., Alarm Phase and general adaptation syndrome, pp. 126-130. In: G. Fink (ed.), *Encyclopedia of Stress,* vol. 1 (A-D), Academic Press, San Diego, CA, 2000.
4. Riga, S., Riga, D. (eds.), Stresul şi societatea modernă (Număr tematic), *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11(1): 1-68, 2004.
5. Riga, D., Riga, S., *Medicina anti-îmbătrânire şi ştiinţele longevităţii,* Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, 2007.
6. Selye, H., The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation, *J. Clin. Endocrinol.,* 6: 117-230, 1946.
7. Selye, H., *In vivo. The Case of Supramolecular Biology,* Liveright Publ., New York, NY, 1968.
8. Selye, H., The evolution of the stress concept, *American Scientist,* 61: 692-699, 1973.
9. Selye, H., *Stress without Distress,* J. B. Lippincott, Philadelphia, PA, 1974.
10. Selye, H. (ed.), *Selye's Guide to Stress Research,* vol. 1, Van Nostrand Reinhold, New York, NY, 1980.
11. Selye, H., History and present status of the stress concept, pp. 7-17. In: L. Goldberger, S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects,* Free Press - Collier Macmillan, London, 1982.
12. Talbott, S. M., *The Cortisol Connection: Why Stress Makes You Fat and Ruins Your Health - and What You Can Do About It,* Hunter House Publ., Alameda, CA, 2002.


www.dacoromanica.ro

# Capitolul 5. CAPACITATEA DE A FACE FAȚĂ (COPING, ANTI-STRES)

*Pe oameni **îi tulbură** nu lucrurile în sine,*
*ci **părerile** pe care şi le fac **cu privire la lucruri.***

**Epicletus** (cca. 50 d.Hr.-138 d.Hr.), filozof stoic grec, sclav eliberat, *Manual al lui Epicletus (Encheiridion).*

*Although **Pavlov (1927)** was a physiologist, he proposed **a psychological theory of behavior** based on the assumption that learning can be explained by **the interaction of excitatory and inhibitory impulses.***

*According to Pavlov, **the nature and breadth of inhibition** determine whether **the behavior** will be **adaptive or maladaptive.***

*Thus, from a variety of viewpoints, a common conclusion is that **conflict between opposing forces** can account for a wide range of **physiological processes, adaptive and maladative.***

**I. P. Pavlov,** *Conditioned reflexes* (trans. G. V. Anrep), Oxford University Press, New York, NY, 1927 (10).

**Seymour Epstein,** Conflict and stress, pp. 49-68. In: L. Goldberger, S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects,* Free Press - Collier Macmillan, London, 1982 (2).

***Interaction, transaction, and relational meaning***

*Instead of viewing **mind and behavior** as solely a response to an **environmental stimulus** display, it is more fruitful to view them **in relational terms** - that is, the product of the interplay of two sets of variables, those in the immediate environment and those within the person.*

*Although there is nothing really new in this position, it is widely honored in the breach.*

**Richard S. Lazarus,** *Stress and Emotion. A New Synthesis,* Springer, New York, NY, 1999 (9).

*Viewed **from without, Science** appears to be **a body of answers; from within,** it is **a way of asking questions.***

**Michael T. Ghiselin,** autorul importantei monografii *Metaphysics and the Origin of Species (Suny Series in Philosophy and Biology),* State University of New York Press, New York, NY, 1997 (4).

www.dacoromanica.ro

**① Definirea, structurarea şi caracterizarea copingului**

Relevarea adaptării psihologice / dezadaptării psihopatologice se realizează în registrul de: coping (a face faţă), apărare (defensă) şi ajustare (potrivire).

Copingul se exprimă în: procese, stiluri, comportamente şi strategii de coping (1, 2, 3).

Definirea, structurarea şi caracterizarea copingului -

- • din perspectivă cognitivistă (R. S. Lazarus, S. Folkman - 1966, 1974, 1978, 1984, 1999), (5, 6, 7, 8, 9): ansamblul eforturilor cognitive şi comportamentale - prin mecanisme predominant conştientizate destinate controlului / reducerii / tolerării exigenţelor (cerinţelor, stresorilor) interne / externe, care ameninţă sau depăşesc resursele persoanei;
  - a fost structurat dinamic în modelul tranzacţional al stresului, care implică o dublă evaluare (v. fig.) -
    - primară, cerinţe, coping centrat pe problemă;
    - secundară, resurse, coping centrat pe emoţie;
- • din perspectivă psihanalitică (DSM-IV-TR, 2000), (11, 12, 13): funcţionarea mecanismelor de apărare / defensive (instrumente proprii apărării eului) exprimată prin ansamblul stilurilor de a face faţă (coping styles) - predominant inconştiente, prezentate mai departe;
  - Eul (Ego, partea conştientă a personalităţii, guvernat de principiul realităţii) realizează echilibrul psihic al persoanei, prin mecanisme de apărare, defensă, compromis, în conflictul primar cu Sinele (Se, Id, inconştient, supus principiului plăcerii) şi „cenzurat" de Supraeu (Supraego, imperativul moral, dedicat principiului datoriei), ierarhizate ca mecanisme -
    - mature, superioare, cu potenţial adaptogen normal;
    - imature, inferioare, cu potenţial înalt psihopatogen;
- • din perspectivă psihodinamică copingul (de la predispoziţie stabilă → la trăsătură de personalitate) devine un proces individual activ şi evolutiv ontogenetic al personalităţii (inconştienţă - conştienţă), în registru binar (14, 15):
  - de creştere a adaptării la stres - coping: (auto)eficienţă, flexibilitate, robusteţe;
  - de mărire a dezadaptării la stres - coping generator de anxietate şi depresie;

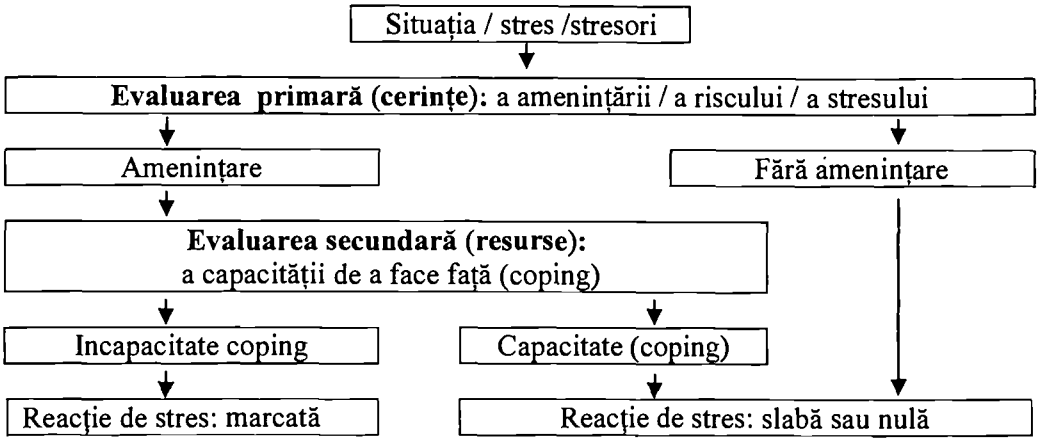
Tipologia copingului (3, 8):

- coping flexibil (rezilient) - modul ideal de a face faţă stresului / ameninţărilor, gamă largă multiplă şi flexibilă, rezilientă de strategii de control (a situaţiei / problemelor), percepţie realistă, autocontrol, personalitate traumarezistentă (rezistentă la traumă);
- coping instrumental - orientat pe (rezolvare, gestionare) problemă, comportament de stăpânire care rezolvă probleme, în cadrul realităţii pragmatice;
- coping de exprimare a sentimentelor - orientat pe (reglare tulburare de) emoţie, încercare de a exprima sentimente profunde;
- coping de evitare - operează cu strategii pasive (evitare, fugă, refuz, resemnare) pentru reducerea încărcării afective (tensiunilor emoţionale).

www.dacoromanica.ro

**② Modelul tranzacțional al stresului**

**Modelul tranzacțional al stresului (R. S. Lazarus, S. Folkman): dubla evaluare - primară / secundară (cerințe / resurse), (8)**


Situația / stres /stresori
Evaluarea primară (cerințe): a amenințării / a riscului / a stresului
Amenințare
Fără amenințare
Evaluarea secundară (resurse): a capacității de a face față (coping)
Incapacitate coping
Capacitate (coping)
Reacție de stres: marcată
Reacție de stres: slabă sau nulă

Evaluarea apărării psihologice a persoanei reprezintă în fapt evaluarea modului de funcționare a apărării psihologice la stresori - interni şi externi. La rândul ei apărarea psihologică se realizează prin „instrumentarea" mecanismelor de apărare psihologică (ansamblul stilurilor de a face față - coping styles).

Mecanismele de apărare / defensive (instrumente proprii apărării eului) sunt procese psihologice automate, care protejează individul contra:

- anxietății (sub toate formele şi intensitățile: neliniște, teamă, frică, spaimă, panică, fobie); şi
- conştientizării pericolelor sau stresorilor interni / externi.

De regulă, persoanele nu conştientizează aceste procese în timp ce ele operează (deci, adesea mecanismele de apărare psihologică a persoanei se desfăşoară la nivel inconştient). Rolul / funcția mecanismelor de apărare înseamnă medierea reacției persoanei: la conflictele emoționale şi la stresorii interni / externi.

**③ Niveluri şi mecanisme de apărare psihologică**

**DSM-IV-TR, APA, 2000** împarte mecanismele de apărare psihologică ale individului în grupe corelate, denumite niveluri de apărare şi le grupează diferențiat (7 niveluri şi 31 mecanisme) în **Scala de funcționare a apărării.**

Scala este în fapt o nouă axă DSM-IV-TR, APA, 2000 (facultativă), care trebuie corelată cu Axa V din aceeaşi nosografie - Evaluarea globală a funcționării (psihologice, sociale şi profesionale), măsurată prin Scala de evaluare globală a funcționării (GAF) şi prezentată în partea a III-a (Sănătate mintală).

Evaluarea (aplicarea Scalei de funcționare a apărării) implică:

- evidențierea până la 7 (şapte) dintre mecanismele specifice de apărare (stilurile de a face față) - începând cu cel mai relevant şi care pot fi extrase din diverse niveluri de apărare;
- indicarea nivelului de apărare predominant al persoanei; şi
- date privind modelele (patternurile) de apărare şi coping din ultima perioadă.

www.dacoromanica.ro

## Nivelurile de apărare psihologică ale persoanei şi mecanismelede apărare (stilurile de a face faţă - coping styles), (11, 12, 13)

### Nivelul *adaptativ ridicat:*

- apărările realizează o adaptare optimă în dominarea stresorilor;
- apărările (de regulă) maximalizează gratificaţia şi permit conştientizarea intenţională a sentimentelor, ideilor şi consecinţelor lor;
- susţin echilibrul optim dintre motive opuse (discernământ);

- **mecanisme:**
  - anticiparea
  - afilierea
  - altruismul
  - umorul
  - autoafirmarea
  - autoobservarea
  - sublimarea
  - suprimarea

### Nivelul *inhibiţiilor mintale (formarea compromisului):*

- funcţionarea apărării ţine în afara conştiinţei: ideile, sentimentele, amintirile, dorinţele sau fricile posibil ameninţătoare;

- **mecanisme:**
  - deplasarea
  - disocierea
  - intelectualizarea
  - izolarea afectului
  - formarea reacţiei
  - represiunea
  - anularea

### Nivelul *minor de distorsionare a imaginii:*

- se caracterizează prin distorsiuni: în imaginea de sine, imaginea corporală ori imaginea altora, care pot fi utilizate pentru a regla stima de sine;

- **mecanisme:**
  - devalorizarea
  - idealizarea
  - omnipotenţa

### Nivelul *de dezavuare:*

- se caracterizează prin ţinerea în afara conştiinţei a stresorilor, impulsurilor, ideilor, afectelor sau responsabilităţilor neplăcute şi inacceptabile, cu sau fără o atribuire eronată a acestora unor cauze externe;

- **mecanisme:**
  - negarea
  - proiecţia
  - raţionalizarea

### Nivelul *major de distorsionare a imaginii:*

- se caracterizează prin distorsionarea grosieră sau atribuirea eronată a imaginii de sine sau de alţii;

- **mecanisme:**
  - fantezia autistă
  - identificarea proiectivă
  - scindarea imaginii de sine ori a imaginii altora

### Nivelul *de acţiune:*

- se caracterizează printr-o funcţionare a apărării care rezolvă stresorii (interni sau externi) prin acţiune sau abţinere;

- **mecanisme:**
  - trecerea la acţiune
  - retragerea apatică
  - acuzarea refuzării ajutorului
  - agresiunea pasivă

### Nivelul *de dereglare a apărării:*

- se caracterizează prin incapacitatea reglării apărării de a restrânge reacţia individului la stresori, ducând la o ruptură pronunţată cu realitatea obiectivă;

- **mecanisme:**
  - proiecţia delirantă
  - negarea psihotică
  - distorsiunea psihotică

www.dacoromanica.ro

În interrelația psihodinamică sănătate mintală - stres / adaptare - tulburări psihice, homeostazia / funcționalitatea modelului structural tridimensional (tripartit, trivalent): eu-sine-supraeu se construiește / reconstruiește, se dezvoltă / maturizează, se manifestă / exprimă psihodinamic în 2 (două) direcții simultane:
- pe versantul ontogenetic (ciclurile vieții) și
- pe versantul experențial (evenimentele de viață).

În modelul structural tridimensional pshodinamic cele 3 instanțe / entități / structuri intrapsihice - inconștiente / conștiente „se luptă" între ele, deoarece sexualitatea și agresivitatea „se luptă" la rândul lor pentru exprimare și descărcare.

O analogie interesantă se poate face cu reacția de stres „luptă sau fugi", față de un pericol exterior:
- **exprimare** intrapsihică ≡ **lupta** cu agresorul extrapsihic;
- **descărcare** intrapsihică ≡ **fuga** de pericolul extrapsihic.

Conflictul intrapsihic al celor 3 (trei) instanțe / componente derulează un lanț psihodinamic (14):
- **conflictul** intrapsihic (între Sine și Eu, „cenzurat" de Supraeu) →
- provoacă **anxietatea** (semnal) pentru informarea / alertarea / comunicarea cu Eul →
- care să exprime / contrapondere un mecanism de **apărare / defensă** intrapsihic;
  = este mecanismul de formare al **sindromului nevrotic,** ce are dublă funcționalitate:
- compromis de apărare al Eului, față de dorința „revendicată" de Sine; și
- „recompensarea" dorinței printr-o formă modificată / „deghizată".

Vectorul: normalitate (sănătate mintală) → anormalitate (psihopatologie) reprezintă (14):
- compromisurile: procese normale intrapsihice de apărare, defensă, coping;
- simptomele nevrotice: forme și intensități psihopatologice ale compromisurilor.

Vectorul: trăsături → tulburări de caracter / personalitate relevă:
- „soluții" normale / adaptative / creative / restructurare pentru conflictele intrapsihice, sau
- „derapaje" psihopatologice / dezadaptare / destructurare / regresie provocate de conflictele intrapsihice.

Toate persoanele funcționează prin mecanisme de apărare / defensă, care au ca „numitor comun" protecția / apărarea Eului împotriva cerințelor / „pretențiilor" Sinelui. Profilul / „fișa" mecanismelor de apărare ale persoanei reprezintă o adevărată caracterizare / evaluare / barometru al sănătății mintale individuale.

De aceea, clasificarea / ierarhizarea mecanismelor de apărare (intrapsihică: inconștiente / conștiente) relevă - în registru binar - maturizarea / imaturitatea, normalitatea / tulburările, rezistența / fragilitatea sănătății mintale ale persoanelor. „Registrul" mecanismelor de apărare este alcătuit din polarizarea și gradualitatea lor (15):
- de la cele mai imature sau patologice (tulburări psihopatologice);
- la cele mai mature sau sănătoase (sănătate mintală).

Astfel, gradientul adaptativ (inclusiv anti-stres) evidențiază ierarhizarea mecanismelor de apărare în 3 (trei) niveluri (15):
- apărări **primitive** - clivajul, identificarea proiectivă, proiecția, negarea, disocierea, idealizarea, acțiunea excesivă, somatizarea, regresia, fantasma schizoidă;
- apărări **nevrotice** (de nivel mai înalt) - introiecția, identificarea, deplasarea, intelectualizarea, izolarea afectului, raționalizarea, sexualizarea, formațiunea reacțională, refularea, anularea retroactivă;
- apărări **mature** - umorul, represia, ascetismul, altruismul, anticiparea, sublimarea.

www.dacoromanica.ro

**Bibliografie selectivă**


- **Stresologie, coping cognitiv**

1. Cameron, R., Meichenbaum, D., The nature of effective coping and the treatment of stress related problems: a cognitive-behavioral perspective, pp. 695-710. In: L. Goldberger, S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects,* Free Press - Collier Macmillan, London, 1982.
2. Epstein, S., Conflict and stress, pp. 49-68. In: L. Goldberger, S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects,* Free Press - Collier Macmillan, London, 1982.
3. Fischer, G., Riedesser, P., *Lehrbuch der Psychotraumatologie,* Ernst Reinhardt Verlag, München, 1998.
4. Ghiselin, M. T., *Metaphysics and the Origin of Species (Suny Series in Philosophy and Biology),* State University of New York Press, New York, NY, 1997.
5. Lazarus, R. S., *Psychological Stress and the Coping Process,* McGraw-Hill, New York, NY, 1966.
6. Lazarus, R. S., Averill, J. R., Opton, E. M., The psychology of coping: issue of research and assessment, pp. 249-315. In: G. V. Coelho, D. A. Hamhurg, J. E. Adams (eds.), *Coping and Adaptation,* Basic Books, New York, NY, 1974.
7. Lazarus, R. S., Launier, R., Stress-related transactions between person and environment, pp. 287-327. In: L. A. Pervin, M. Lewis (eds.), *Perspectives in Interactional Psychology,* Plenum Press, New York, NY, 1978.
8. Lazarus, R. S., Folkman, S., *Stress, Appraisal, and Coping,* Springer, New York, NY, 1984.
9. Lazarus, R. S., *Stress and Emotion. A New Synthesis,* Springer, New York, NY, 1999.
10. Pavlov, I. P., *Conditioned reflexes* (trans. G. V. Anrep), Oxford University Press, New York, NY, 1927.

- **Stresologie, coping apărare (defensă)**

11. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th Edition. Text Revision *(DSM-IV-TR),* APA, Washington, DC, 2000.
12. Asociaţia Psihiatrică Americană, *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mintale,* Ed. a 4-a Revizuită *(DSM-IV-TR),* Asociaţia Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2003.
13. http://www.dsmivtr.org/index.cfm; e-mail: DSM@psych.org
14. Gabbard, G. O., *Psychodinamic Psychiatry in Clinical Practice,* 4th Edition, American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2005.
15. Vaillant, G. E., *Adaptation to Life,* Little Brown, Boston, MA, 1977.


www.dacoromanica.ro

## Capitolul 6. **COMPORTAMENT, TEMPERAMENT, PERSONALITATE / DISSTRES ŞI ADAPTARE**

### ① Comportamentul adaptat în managementul disstresului

**Comportamentul adaptat în managementul disstresului**

- **prin (auto) controlul emoțional (stăpânirea de sine, inteligența emoțională)**
- **reflectat în filozofia, știința și înțelepciunea lumii**

*Cel mai mare semn al nobleții este **stăpânirea de sine**:*
*ea conferă mai multă demnitate unui rege decât propria-i coroană.*

**Anonim**

*Cel care se înfurie greu e mai bun decât un erou,*
*iar **un om stăpân pe sine** face mai mult decât un cuceritor de orașe.*

**Solomon** (aprox. 973 î.d.Hr.- 933 î.d.Hr.),
fiul și succesorul lui David, rege al statului Israel

*Oricine poate deveni furios - simplu.*
***Dar să te înfurii pe cine** trebuie,*
***cât** trebuie, **când** trebuie,*
***pentru ceea ce** trebuie **și cum trebuie** -*
***nu este deloc ușor**.*

**Aristoteles** (384 î.d.Hr.-322 î.d.Hr.), *Etica nicomahică,*
savant și filozof grec, discipol al lui Platon.

***Fortior** est, qui cupiditates suas, **quam qui hostes subjicit**.*
*(Este **mai puternic** decât dușmanii, **cel care supune pasiunile**).*

**Publilius Syrus** (sec. I d.Hr.), *Sententiae (Aforisme),*
erudit roman.

*Doamne dăruie-mi*

- ***seninătatea** să accept lucrurile pe care nu le pot schimba,*
- ***curajul** să le schimb pe cele care pot, și*
- ***înțelepciunea** să știu diferența.*

**Marc Aureliu (Marcus Aurelius Antonius),** (121 d.Hr.-180 d.Hr.),
*Ad se ipsum (Către mine însumi),*
împărat (161 d.Hr.-180 d.Hr.) și filozof stoic roman.

www.dacoromanica.ro

*Adevărata domnie constă în a fi **stăpân pe tine însuți.***

***Daniel Defoe*** (aprox. 1660-1731),
scriitor şi om politic englez.

*Prin nimic nu scăpăm mai uşor de stăpânirea altora,*
*decât prin **stăpânirea de sine.***

**Arthur Schopenhauer** (1788-1860), *Aforisme asupra înțelepciunii în viață* (traducere de Titu Maiorescu), filozof german, inițiatorul voluntarismului modern.

*Pot rezista la orice, mai puțin tentațiilor.*

**Oscar Wilde** (1856-1900), scriitor englez.

*Adevărata blândețe combină **fermitatea spiritului cu tandrețea inimii;** evită complezența şi inacțiunea spiritului slab, la fel ca violența şi amărăciunea inimii dure.*

**Martin Luther King** (1929-1968), pastor şi publicist american, laureat al Premiului Nobel pentru Pace în 1964.

*A cuceri un oraş este un joc de copii în comparație cu*
***lupta pe care o dai pentru a te domina.***
*Prima e o luptă de o zi.*
*Cealaltă este un conflict neîncetat şi obositor al unei întregi vieți.*

**Charles Bridge,** scriitor englez.

***Cursurile de alfabetizare emoțională** au rădăcini îndepărtate în mişcarea de învățământ afectiv a anilor 1960.*

*Ideea la vremea aceea era că lecțiile psihologice şi motivaționale erau mult mai profund învățate dacă presupuneau o experiență imediată a ceea ce fusese învățat în teorie.*

*Mişcarea de alfabetizare emoțională a scos în evidență termenul de **educație afectivă - în loc să fie folosit afectul pentru a educa, este educat afectul în sine.***

***Psihologii dezvoltării,** dar şi alți specialişti, încearcă să creeze un fel de **hărți ale progresului emoțional,** pentru a fi mai precişi în legătură cu lecțiile pe care ar trebui să le învețe copiii în fiecare fază de dezvoltare a inteligenței emoționale, cu deficiențele care vor fi de durată şi nu vor putea fi stăpânite la momentul oportun şi cu experiențele care puteau să recupereze sau să remedieze ceea ce s-a ratat.*

www.dacoromanica.ro

***Orele de instruire pentru Viață,*** *la care elevii din clasa a cincea de la Școala Troup încercau să citească emoțiile după expresia feței, au fost, de exemplu, esențiale pentru dobândirea unei capacități empatice.*

***Pentru controlarea impulsurilor,*** *există un* ***semafor*** *afișat la vedere și care are șase faze:*

***Roșu*** *① Stai, liniștește-te și gândește-te înainte să acționezi.*

***Galben*** *② Spune-ți problema și exprimă ceea ce simți.*

*③ Stabilește-ți un scop pozitiv.*

*④ Gândește-te la cât mai multe soluții.*

*⑤ Gândește-te la consecințe.*

***Verde*** *⑥ Dă-i drumul și încearcă planul cel mai bun.*

**Daniel Goleman,** *Emotional Intelligence. Why It Can Matter More Than IQ,* Bantam Books, Bantam Doubleday Dell Publ. Group, New York, NY, 1997 (10).

## ② Tipologii ale comportamentului

*Astăzi,* ***studiul organizării psiho neuro comportamentale*** *se desfășoară pe* ***patru direcții*** *principale:*

*① **Direcția descriptivă,** centrată pe o abordare analitico-structurală în urma căreia, se pot evidenția elementele componente ale unui anumit comportament, succesiunea acestora în spațiu și timp și corelațiile ce se stabilesc între ele în vederea alcătuirii schemei comportamentale finale. Abordarea funcțională permite studiul rolului specific al diferitelor componente în cadrul activității psihice generale a unui individ.*

*② **Direcția evoluționistă,** în cadrul căreia se urmărește atât desprinderea și formularea unei legități generale ale devenirii organizării psihocomportamentale pe toată scara animală, cât și relevarea diferențelor calitative care există între nivelurile ierarhiei filogenetice.*

*③ **Direcția ontogenetică,** extrem de importantă la nivelul omului, care permite stabilirea stadiilor pe care le parcurg diferitele entități psihocomportamentale până la desâvârșire și maturizare, în strânsă dependență de maturizarea structurilor cerebrale, a maturării diferitelor comportamente legată de maturarea unui set de neuroni sau a unui anumit circuit neuronal.*

*④ **Direcția neuropsihologică** sau **psihoneurologică,** în cadrul căreia accentul cade pe dezvăluirea și explicarea mecanismelor concrete prin care se realizează la nivelul creierului un act psihocomportamental sau altul.*

**Leon Dănăilă, Mihai Golu,**
*Tratat de Neuropsihologie,* vol 1, Ed. Medicală, București, 2006 (3).

www.dacoromanica.ro

Tipurile psiho-comportamentale sunt în strânsă corelaţie cu temperamentul şi personalitatea, precum şi cu tipologia umană în general. Ele sunt construite, influenţate, modelate şi remodelate prin civilizaţie, cultură şi societate (atitudini, emoţii, etică, valori, credinţă, autoritate, raporturi, convingere, constrângere) şi prin individ (genetică, educaţie şi stil de viaţă). Comportamentul uman a devenit obiect de studiu şi cercetare în numeroase domenii şi discipline: medicină (neuroştiinţe, psihiatrie, patologie etc.), psihologie, sociologie, antropologie şi ştiinţele economice.

**③ Tipurile psihologice extravertit (extrovertit) şi introvertit**

***Dară ochiu-nchis afară, înlăuntru se deşteaptă***

**Mihai Eminescu,** *Scrisoarea III* (1881)

**Mihai Eminescu** (1850-1889), poetul naţional al românilor, spirit enciclopedic, universal, filozof, cu răspunsuri de mare valoare la întrebările fundamentale ale existenţei şi un poet de geniu prin simţul său absolut al limbii şi al muzicalităţii poetice.

*Multe trec pe dinainte,*
*În auz ne sună multe,*
*Cine ţine toate minte*
*Şi ar sta să le asculte?*
***Tu aşează-te deoparte,***
***Regăsindu-te pe tine,***
*Când cu zgomote deşarte*
*Vreme trece, vreme vine.*

**Mihai Eminescu,** *Glossă* (1883)

Dualitatea Extraversiune / Introversiune reprezintă dimensiunea centrală a personalităţii umane.

Versul lui **Mihai Eminescu** din *Scrisoarea III,* de mare profunzime, defineşte cu strălucire sesizarea conştientă a interiorizării şi exteriorizării psihice, cauza procesuală a expresiei ei tipologice, şi anume introversiunea şi extraversiunea.

În plus, strofa din *Glossă* constituie o caracterizare sintetică remarcabilă a tipului psihologic de introvertit, precum şi o chemare filozofică la auto-analiză, la cunoaşterea lumii interioare a gândurilor şi a contemplaţiei.

www.dacoromanica.ro

*Constatarea existenței* ***introversiei*** *și a* ***extraversiei*** *a permis mai întâi să se distingă între două grupuri mari de individualități psihologice. Dar această împărțire este atât de superficială și de generală, încât ea nu îngăduie decât diferențieri la fel de generale.*

*O cercetare amănunțită a* ***psihologiilor individuale*** *care cad într-o grupă sau în alta arată de îndată că există diferențe mari între indivizii ce aparțin aceleiași grupe. Trebuie, prin urmare, să facem un pas mai departe, spre a preciza în ce constau deosebirile dintre indivizii aparținând aceleiași grupe.*

*Potrivit experienței mele, pot spune că, în mod foarte general, indivizii se deosebesc nu numai după* ***diferența universală dintre extraversie și introversie,*** *ci și după* ***diferitele funcții psihologice fundamentale.***

*Acestea, respectiv funcțiile care se deosebesc atât genuin, cât și esențial de alte* ***funcții*** *sunt - după experiența mea - **a gândi, a simți, a avea senzații, a intui.** Dacă predomină comportamental una din aceste funcții, apare* ***tipul*** *corespunzător. Motiv pentru care deosebesc:* ***tipul gândire, tipul simțire, tipul senzație și tipul intuiție.***

***Fiecare din aceste tipuri poate fi pe deasupra introvertit sau extravertit,*** *potrivit cu atitudinea sa față de obiect, așa cum am arătat mai sus.*

**Carl Gustav Jung** (1875-1961), psiholog și psihiatru elvețian,
*Psychologische Typen*, 9. Aufl., Walter Verlag,
Olten und Freiburg im Breisgau, 1971 (11).

Prin opera sa monumentală, care a exercitat o influență covârșitoare asupra contemporanilor, **Carl Gustav Jung** reintroduce *spiritul* ca dimensiunea fundamentală a ființei umane, precum și un ansamblu de concepte noi și originale *(inconștient colectiv, arhetip, individuație, anima, animus, tipuri psihologice, extraversiune-introversiune etc.),* care au revoluționat psihologia și psihiatria și au permis înțelegerea mult mai nuanțată și în complexitate a psihicului uman.

Împărțirea (dihotomia) firii umane (personalitate, comportament, temperament) în *extravertit și introvertit* a constituit elementul crucial în caracterizarea ulterioară, complexă și globală, a individualității psihice (psihologice) umane.

Ea a permis ulterior, atât lui Carl Gustav Jung, cât și urmașilor de a realiza tipologia psihologică umană:

- **8 tipuri psihologice** - în tipologia jungiană;
- **16 tipuri psihologice** - Myers-Briggs; și ulterior
- **4 (grupuri de) temperamente** - David Keirsey.

Prezentăm (Tabelul 1) comparativ și în sinteză cele 2 (două) tipologii umane: extraversiunea - introversiunea.

www.dacoromanica.ro

**Tabel 1.** Comparație între extraversiune și introversiune: tip, persoană (caracteristici), grad de intensitate

| EXTRA VERTIT<br>(EXTRO VERTIT) - variantă | INTRO VERTIT |
|---|---|
| • **tip psihologic** ce se caracterizează prin proiectarea tendințelor psihice interioare asupra lumii înconjurătoare; | • **tip psihologic** care este tendința la introversiune, de repliere în (către) sine însuși; |
| • **persoană** definită prin:<br>- oameni cu firea deschisă;<br>- exteriorizarea sentimentelor, sociabilitate;<br>- orientare către obiectele și lumea exterioară și adaptarea sa la mediul ambiant;<br>- interes spontan pentru ființele umane, situații, lucruri și fenomene exterioare;<br>- dezinvolt în viața socială (foarte sociabil), este un admirabil partener de comunicare, care se adaptează repede, bine și competitiv oricărei situații, fiind adesea persoane de succes social;<br>- detestă singurătatea și fuge de introspecție; consideră fără interes să se preocupe de viața lui interioară;<br>- promptitudinea reacțiilor, spontaneitate, relativă impulsivitate, lipsă de control strict și permanent a emoțiilor, își pierd ușor stăpânirea de sine. | • **persoană** definită prin:<br>- oameni cu firea închisă;<br>- tendință la izolare, introspecție, autoevaluare;<br>- orientare în (către) sine însuși, cu interes (aproape) exclusiv asupra propriei vieți interioare;<br>- opusul extravertitului; are o imagine foarte subiectivă asupra oamenilor, situațiilor, lucrurilor și fenomenelor;<br>- deși nu este strălucitor, el câștigă și se afirmă prin a fi cunoscut;<br>- fiind timid și oarecum neîndemânatic (social) se refugiază în forul său interior, având tendința să trăiască în visare;<br>- tăcuți și retrași, preferă mai mult să asculte decât să vorbească; în relațiile sociale sunt rezervați și distanți; preferă să lucreze și să învețe singuri. |

Aceste descrieri ale tipurilor (persoanelor) extravertit-introvertit constituie modele de referință (standard), care grupează și sintetizează prin antiteză extremele unor însușiri diametral opuse, și de aceea ele trebuie considerate ca atare.

În practică vom întâlni:

- o serie de persoane care se încadrează în aceste tipuri, dar în număr restrâns,
- deoarece majoritatea oamenilor se plasează într-o poziție intermediară, pe intervalul dintre cele două extreme, fiind mai mult sau mai puțin extravertiți sau introvertiți.

De aceea, este important (și putem evalua prin diferite metode):

| | |
|---|---|
| • **gradul de extraversiune**<br>70-75% din populație aparțin tipului extravertit (statistici americane) | • **gradul de introversiune**<br>25-30% din populație aparțin tipului introvertit (statistici americane) |

www.dacoromanica.ro

**④ Cele 8 tipuri psihologice în tipologia jungiană**

**Tipologia psihologică** a lui **Carl Gustav Jung,** precum şi fundamentarea ei istorică reprezintă o contribuţie valoroasă în epistemologia şi euristica psihologiei analitice, psihiatriei şi a descifrării complexităţii comportamentului fiinţei umane.

Echilibrată, complexă, nereductivă şi deschisă la noi abordări, tipologia jungiană caracterizează şi delimitează psihologia umană în 8 (opt) tipuri. Acestea rezultă din combinaţia a (11):

- **2 (două) tipuri de atitudine**:
  - *extravertit (extrovertit) - extraverted* şi
  - *introvertit - introverted*
    - * care clasează oamenii după orientarea către lumea exterioară (obiecte, persoane, situaţii, fenomene) sau din contră către lumea interioară;
- **4 (patru) tipuri funcţionale**:
  - *tipul gândire - thinking*
  - *tipul simţire - feeling*
  - *tipul senzaţie - sensing*
  - *tipul intuiţie - intuition*
    - * care clasifică persoanele după funcţia psihologică preponderentă utilizată pentru orientarea în lumea înconjurătoare (gândirea, simţirea, senzaţia sau intuiţia).

În acest fel, fiecare individ este caracterizat printr-un profil psihologic dinamic, care utilizează tipurile de atitudine şi cele funcţionale, pe o scară de frecvenţă descrescătoare, având

- o funcţie dominantă, prima funcţie - dominant (1st) function;
  care este susţinută de
- o funcţie auxiliară, cea de a doua funcţie - auxiliary (2nd) function;
- o funcţie terţiară, cea de a treia funcţie - tertiary (3rd) function; şi
- o funcţie inferioară, cea de a patra funcţie - inferior (4th) function.

Practic, atitudinea (direcţionată către exterior sau către interior)

- extraversiunea (extroversiunea) - extravertirea (extrovertirea), şi
- introversiunea - introvertirea

este factorul cheie (crucial) şi factorul iniţial (de început) al caracterizării (delimitării, departajării) tipului psihologic, personalităţii şi temperamentului.

După această ierarhizare, cele 8 (opt) tipuri psihologice (de personalitate) introduse de Carl Gustav Jung sunt următoarele (11):

1. *Extravertit - Gândire (funcţia reflexivă)*
   *Extraverted - Thinking*
   - tipurile moderne (Myers-Briggs): **ESTJ, ENTJ**
2. *Introvertit - Gândire (funcţia reflexivă)*
   *Introverted - Thinking*
   - tipurile moderne (Myers-Briggs): **ISTP, INTP**

www.dacoromanica.ro

3. *Extravertit - Simțire (funcția afectivă)*
   *Extraverted - Feeling*
   - tipurile moderne (Myers-Briggs): **ESFJ, ENFJ**
4. *Introvertit - Simțire (funcția afectivă)*
   *Introverted - Feeling*
   - tipurile moderne (Myers-Briggs): **ISFP, INFP**
5. *Extravertit - Senzație (funcția senzorială)*
   *Extraverted - Sensing*
   - tipurile moderne (Myers-Briggs): **ESFP, ESTP**
6. *Introvertit - Senzație (funcția senzorială)*
   *Introverted - Sensing*
   - tipurile moderne (Myers-Briggs): **ISFJ, ISTJ**
7. *Extravertit - Intuiție*
   *Extraverted - Intuition*
   - tipurile moderne (Myers-Briggs): **ENFP, ENTP**
8. *Introvertit - Intuiție*
   *Introverted - Intuition*
   - tipurile moderne (Myers-Briggs): **INFJ, INTJ**

**⑤ Cele 16 tipuri psihologice Myers-Briggs**

> *Indiferent de circumstanțele vieții dumneavoastră, de relațiile personale, de serviciul și responsabilitățile pe care le aveți,*
> *înțelegerea tipurilor de personalitate vă ajută să vedeți lucrurile mai clar, să judecați mai temeinic și să vă apropiați de genul de viață pe care vi-l doriți.*
>
> **Isabel Briggs Myers, Peter B. Myers,**
> *Gift Differing. Understanding Personality Type,* 2nd ed.,
> Davies Black Publ., Montain View, CA, 1995 (2).

Pentru înțelegerea profilurilor celor 16 (șaisprezece) tipuri de personalitate, **Katharine C. Briggs** și fiica sa **Isabel Briggs Myers** au dezvoltat și complexificat (după o aprofundare timp de 40 de ani) tipologia psihologică (a personalității normale) a lui Carl Gustav Jung.

Astfel, ele au stabilit și grupat caracteisticile (trăsăturile, particularitățile, însușirile) de bază ale personalității umane în 4 (patru) grupuri duale, cu 2 itemi (elemente, concepte) antagonice (opuse, în antiteză):

- extraversiunea - introversiunea
  Extraversion (E) - Introversion (I)
  * care definesc atitudinea noastră față de lume, adică preferința noastră pentru lumea exterioară, respectiv interioară;
- intuiția (funcția intuitivă) - senzația (funcția senzorială)
  iNtuition (N) - Sensing (S)

www.dacoromanica.ro

* care precizează modul în care cunoaştem lumea exterioară şi primim informaţii de la ea, adică modul în care asimilăm informaţii despre realitatea înconjurătoare;

- gândirea (funcţia reflexivă) - simţirea (funcţia afectivă)
  Thinking (T) - Feeling (F)
  * care indică modul în care luăm decizii şi procesul prin care ajungem la concluzii, judecăţi şi decizii asupra fenomenelor, situaţiilor, lucrurilor şi oamenilor;
- judecata (atitudinea judicativă) - percepţia (atitudinea perceptivă)
  Judgement (J) - Perception (P)
  * care reflectă atitudinea faţă de abordarea vieţii, adică preferinţa noastră pentru un stil de viaţă mai organizat, respectiv mai flexibil (oarecum dezorganizat).

Redăm în cele ce urmează prezentarea rezumativă a celor 16 (şaisprezece) tipuri de manifestare (în normalitate) a personalităţii, temperamentului şi comportamentului fiinţei umane (Myers-Briggs).

De asemenea, ca şi în clasificarea lui Carl Gustav Jung, factorul iniţial de dihotomie este: Extraversia - Introversia. Astfel, vor fi 8 (opt) tipuri **E** - de extravertiţi (oameni deschişi) şi 8 (opt) tipuri **I** - de introvertiţi (persoane rezervate). Aceasta reprezintă funcţia dominantă (2).

Cea de a doua divizare este reprezentată de împărţirea indivizilor în cei cu intuiţie (oameni creativi) - 8 (opt) tipuri **N** şi cei cu predominanţa funcţiei senzoriale (persoane practice) - 8 (opt) tipuri **S**.

Cea de a treia împărţire clasează dual în cei cu preponderenţa funcţiei reflexive - gândirea (oameni logici) - 8 (opt) tipuri **T** şi cei cu predominanţa funcţiei afective - simţirea (indivizi interesaţi de oameni) - 8 (opt) tipuri **F**.

Cea de a patra divizare grupează oamenii în cei cu atitudine judicativă - judecata (persoane organizate) - 8 (opt) tipuri **J** şi în cei cu atitudine perceptivă - percepţie (persoane flexibile) - 8 (opt) tipuri **P.**

Iată cele 16 (şaisprezece) tipuri de personalitate şi temperament Myers-Briggs (2):

**Tipul 1: ENFJ - Extraverted - iNtuitive - Feeling - Judging**
- extravertit - intuitiv - afectiv - judicativ
- deschis - creativ - interesat de oameni - organizat
- ➢ the Giver - cel ce dă (persoana care dăruieşte)

**Tipul 2: INFJ - Introverted - iNtuitive - Feeling - Judging**
- introvertit - intuitiv - afectiv - judicativ
- rezervat - creativ - interesat de oameni - organizat
- ➢ the Protector - cel care protejează (individul protector)

**Tipul 3: ENFP - Extraverted - iNtuitive - Feeling - Perceiving**
- extravertit - intuitiv - afectiv - perceptiv
- deschis - creativ - interesat de oameni - flexibil
- ➢ the Inspirer - cel care inspiră (însufleţeşte)

www.dacoromanica.ro

**Tipul 4: INFP - Introverted - iNtuitive - Feeling - Perceiving**
- introvertit - intuitiv - afectiv - perceptiv
- rezervat - creativ - interesat de oameni - flexibil
- ➢ the Idealist - idealistul

**Tipul 5: ENTJ - Extraverted - iNtuitive - Thinking - Judging**
- extravertit - intuitiv - reflexiv - judicativ
- deschis - creativ - logic - organizat
- ➢ the Executive - cel care dispune (comandă) - preşedinte, director, administrator al unei companii

**Tipul 6: INTJ - Introverted - iNtuitive - Thinking - Judging**
- introvertit - intuitiv - reflexiv - judicativ
- rezervat - creativ - logic - organizat
- ➢ the Scientist - omul de ştiinţă

**Tipul 7: ENTP - Extraverted - iNtuitive - Thinking - Perceiving**
- extravertit - intuitiv - reflexiv - perceptiv
- deschis - creativ - logic - flexibil
- ➢ the Visionary - vizionarul

**Tipul 8: INTP - Introverted - iNtuitive - Thinking - Perceiving**
- introvertit - intuitiv - reflexiv - perceptiv
- rezervat - creativ - logic - flexibil
- ➢ the Thinker - gânditorul, cugetătorul

**Tipul 9: ESTJ - Extraverted - Sensing - Thinking - Judging**
- extravertit - senzorial - reflexiv - judicativ
- deschis - practic - logic - organizat
- ➢ the Guardian - paznicul (păzitorul) - gardian, protector, ocrotitor

**Tipul 10: ISTJ - Introverted - Sensing - Thinking - Judging**
- introvertit - senzorial - reflexiv - judicativ
- rezervat - practic - logic - organizat
- ➢ the Duty Fulfiller - cel care îndeplineşte îndatoririle (obligaţiile)

**Tipul 11: ESFJ - Extraverted - Sensing - Feeling - Judging**
- extravertit - senzorial - afectiv - judicativ
- deschis - practic - interesat de oameni - organizat
- ➢ the Caregiver - cel care are grijă

**Tipul 12: ISFJ - Introverted - Sensing - Feeling - Judging**
- introvertit - senzorial - afectiv - judicativ
- rezervat - practic - interesat de oameni - organizat
- ➢ the Nurturer - cel care hrăneşte (educaţional, afectiv, spiritual)

**Tipul 13: ESTP - Extraverted - Sensing - Thinking - Perceiving**
- extravertit - senzorial - reflexiv - perceptiv
- deschis - practic - logic - flexibil
- ➢ the Doer - cel care face (înfăptuieşte)

www.dacoromanica.ro

**Tipul 14: ISTP - Introverted - Sensing - Thinking - Perceiving**

- introvertit - senzorial - reflexiv - perceptiv
- rezervat - practic - logic - flexibil
- ➢ the Mechanic - mecanicul

**Tipul 15: ESFP - Extraverted - Sensing - Feeling - Perceiving**

- extravertit - senzorial - afectiv - perceptiv
- deschis - practic - interesat de oameni - flexibil
- ➢ the Performer - cel care vrea să atingă performanța

**Tipul 16: ISFP - Introverted - Sensing - Feeling - Perceiving**

- introvertit - senzorial - afectiv - perceptiv
- rezervat - practic - interesat de oameni - flexibil
- ➢ the Artist - artistul

Clasificarea şi identificarea într-unul din cele şaisprezece tipuri de personalitate se face şi se evaluează cu ajutorul *Indicatorului de Tipuri Myers-Briggs (Myers-Briggs Type Indicator-MBTI).* Elaborat în 1962, acest chestionar a fost ulterior acceptat, validat şi unanim recunoscut.

Aplicațiile practice şi avantajele aflării (individualizării) tipului de personalitate cu instrumentul MBTI sunt numeroase. Iată pe cele mai importante:

- alegerea carierei şi îndeletnicirilor viitoare;
- promovarea profesională şi socială;
- conducerea, administrarea şi repartizarea angajaților;
- îmbunătățirea şi optimizarea relațiilor interpersonale în familie, la locul de muncă şi în societate;
- educația şi tehnicile (metodele) de învățare;
- consiliere, îndrumare, terapie şi modelare adaptațională;
- auto-cunoaştere şi auto-evaluare (prin auto-aplicarea chestionarului)

* *Nosce te ipsum! (Cunoaşte-te pe tine însuți!)*
Versiunea latinească cea mai răspândită a vestitei inscripții greceşti *(Gnothi seauton!)* de la Delfi, oraş antic în Focida, în Grecia centrală;
Cf. **Marcus Tullius Cicero** (106 î.d.Hr.-43 î.d.Hr.), om politic, orator, filozof şi scriitor roman, *Tusculanae disputationes,* 1, 22, 52.

* *Nosci et hoste potest qui non cognoscitur ex se (Se poate cunoaşte şi cu ajutorul unui duşman acela care nu se cunoaşte prin sine însuşi!)*

*Text medieval*

**© Cele 4 grupuri de temperamente Keirsey**

**David West Keirsey** (născut în 1921 la Oklahoma City, OK, USA), psiholog recunoscut internațional, profesor emerit la California State University a conceput o teorie proprie despre temperamentul, caracterul şi inteligența umană.

S-a inspirat în primul rând din tipologia constituțională a lui **Ernst Kretschmer** (1888-1964), proeminent psihiatru german, profesor la Marburg şi Tübingen. Tipologia elaborată de Ernst Kretschmer şi publicată în Germania în 1921, a fost ulterior tradusă în engleză şi publicată în 1925 în USA, existând în

www.dacoromanica.ro

prezent peste 25 de reeditări în diferite limbi. Ea realizează stabilirea legăturii între tipurile bio-morfologice (constituționale) şi cele de personalitate (temperament), (14), şi la fel ca şi celelalte clasificări tipologice importante permite noi interpretări şi dezvoltări.

În plus, a studiat diversele abordări şi tipologii umane elaborate de-a lungul istoriei (morfo-fizio-patologice, psiho-fiziologice, clinice, psihologice şi psiho-sociologice), începând cu anticii - Hipocrat (Hippokrates), Platon şi Aristotel (Aristoteles) şi de asemenea a aprofundat lucrările şi contribuțiile moderne ale lui Alfred Adler, Gregory Bateson, John Dewey, Rudolf Dreikurs, Milton Erickson, Erich Fromm, Erving Goffman, Jay Haley, William James, Wolfgang Kohler, William Sheldon, Raymond Wheeler şi Max Wertheimer.

În acest mod, clasificarea tipologică a lui David West Keirsey constituie o contribuție importantă, iar Indicatorul de Tipuri Myers-Briggs (de altfel mai dificil de reținut şi utilizat) este mult simplificat. Cele 16 tipuri Myers-Briggs sunt grupate în 4 (patru) temperamente de bază, fiecare cu 4 (patru) diviziuni, reprezentând tipul de personalitate individuală.

Clasificarea lui David W. Keirsey în cele 4 (patru) tipologii (grupuri) de temperament, fiecare cuprinzând câte 4 (patru) tipuri de personalitate este următoarea (12, 13):

**SJ - the Guardians** - paznicii (păzitorii)
- **ESTJ - the Supervisors** - supraveghetorii
  - tipul 9 din clasificarea Myers-Briggs
- **ISTJ - the Inspectors** - inspectorii
  - tipul 10 din clasificarea Myers-Briggs
- **ESFJ - the Providers** - cei care asigură
  - tipul 11 din clasificarea Myers-Briggs
- **ISFJ - the Protectors** - cei care protejează
  - tipul 12 din clasificarea Myers-Briggs

**SP - the Artisans** - realizatorii
- **ESTP - the Promoters** - cei care promovează
  - tipul 13 din clasificarea Myers-Briggs
- **ISTP - the Crafters** - cei care construiesc (fac) efectiv, cu îndemânare
  - tipul 14 din clasificarea Myers-Briggs
- **ESFP - the Performers** - cei care fac (execută)
  - tipul 15 din clasificarea Myers-Briggs
- **ISFP - the Composers** - cei care compun
  - tipul 16 din clasificarea Myers-Briggs

**NT - the Rationals** - cei care raționează
- **ENTJ - the Fieldmarshals** - mareşalii, cei care comandă (în exterior)
  - tipul 5 din clasificarea Myers-Briggs
- **INTJ - the Masterminds** - cei care concep (pun la cale)
  - tipul 6 din clasificarea Myers-Briggs

www.dacoromanica.ro

- **ENTP - the Inventors** - inventatorii
  - tipul 7 din clasificarea Myers-Briggs
- **INTP - the Architects** - arhitecții (cei care concep construirea)
  - tipul 8 din clasificarea Myers-Briggs

**NF - the Idealists** - idealiştii

- **ENFJ - the Teachers** - dascălii (învățătorii, profesorii)
  - tipul 1 din clasificarea Myers-Briggs
- **INFJ - the Counselors** - sfătuitorii (cei care consiliază)
  - tipul 2 din clasificarea Myers-Briggs
- **ENFP - the Champions** - luptătorii (campionii, învingătorii)
  - tipul 3 din clasificarea Myers-Briggs
- **INFP - the Healers** - vindecătorii
  - tipul 4 din clasificarea Myers-Briggs

În plus, estimarea (aprecierea, testarea) se poate realiza de fiecare în parte, prin *Clasificarea tipului de Temperament Keirsey (Keirsey Temperament Sorter - KTS),* care este un chestionar de personalitate ce se completează prin auto-evaluare.

**⑦ Tipurile comportamentale A, B, AB, C şi D**

**Comportament tip A**

> *Perhaps the greatest contribution to understanding* ***relationships between stress and heart disease*** *is Rosenman and Friedman's concept of* ***Type A personality.***
>
> **Paul J. Rosch,** President, The American Institute of Stress
> Yonkers, NY, USA (15).

> *A* ***type A*** *individual is a person*
> - *who is aggressively involved in a chronic, incessant struggle to achieve more and more in less and less time,*
> - *and if required to do so, against the opposing efforts of other things or other persons.*
>
> **Drs. M. Friedman and R. H. Rosenman,**
> pioneer researchers in this field.

***Type A behavior pattern (TABP)*** - model comportamental de tip A, schemă comportamentală de tip A sau ***Type A behavior (TAB)*** - comportament de tip A - reprezintă tipul de individ (persoană) care este angajată într-o luptă continuă cu timpul şi cu ceilalți şi care este dedicată muncii *(workaholic),* adică, care este ocupată excesiv cu munca, cu prețul (în detrimentul) timpului liber, recreerii, odihnei, relațiilor umane, familiei şi prietenilor etc. (9, 21).

www.dacoromanica.ro

Acesta este în sinteză profilul psihologic tipic al indivizilor care în decursul timpului vor prezenta afecțiuni coronariene (infarct de miocard). Individualizarea și caracterizarea TABP a rezultat în urma cercetărilor doctorilor M. Friedman (1910-2001), (6, 7, 8, 9) și R. H. Rosenman (16, 17, 18, 19, 20, 21). 3500 de subiecți sănătoși au fost studiați, urmăriți și evaluați periodic timp de 8 ani și jumătate (16, 17). Concluzia certă a fost că sănătatea și patologia cardiacă sunt puternic influențate de trăsăturile de personalitate, individualizându-se *tipul A,* în corelație directă cu infarctul de miocard *(coronary-prone behavior),* în contrast cu *tipul B,* cu caracteristici comportamentale și psihologice opuse tipului A.

Tipul A este tipul luptătorului din sentința lui W. B. Cannon: *fight or flight (luptă sau fugi),* (1), acționând mai tot timpul prin reacția de urgență furie-luptă.

Comportamentul de tip A are profilul psihologic direcționat în trei planuri:

① o luptă continuă împotriva timpului, obsesia de a face cât mai multe lucruri în cât mai puțin timp, ceea ce presupune:
- neliniște, nerăbdare, nervozitate;
- urgență (presiunea) timpului, care cauzează iritare și exasperare;
- rapiditate în acțiune, competitivitate;
- mai multe activități în același timp;

② o luptă permanentă împotriva celorlalți:
- *Homo homini lupus (Omul este lup pentru om)*
  **Plautus,** *Asinaria,*
  **Titus Maccius Plautus** (aprox. 254 î.d.Hr.-aprox. 184 î.d.Hr.), poet comic latin;
- ambiție mare, până la nemăsurată;
- competitivitate crescută;
- nevoia de a domina și controla oamenii și situațiile;
- emoții ostile și agresiune (nemulțumire, mânie, furie);
- insecuritate intrinsecă și/sau nivel insuficient de auto-stimă;
- își acordă puțin timp pentru auto-reflecție;

③ o luptă și muncă permanentă pentru obținere de rezultate maxime și imediate:
- mergând până la *sindromul de burn-out* și *sindromul Karoshi*;
- implicare puternică (totală) în acțiune;
- consum de energie continuu și ridicat;
- dependent (dedicat) muncii - *workaholic*;
- incapabil de relaxare.

Tipul A trăiește continuu într-o stare ridicată de stres și manifestă numeroase reacții maladaptative la stres, centrate, somatizate pe sistemul cardio-vascular: nivel ridicat al adrenalinei, hipertensiune arterială, colesterol și trigliceride crescute, cardiopatie ischemică și ateroscleroză.

Remodelarea comportamentului tipului A către tipul B determină efecte pozitive asupra stării de sănătate și longevității. Un exemplu în acest sens a fost chiar dr. Meyer Friedman (1910-2001), care la 45 de ani a avut prima criză de

www.dacoromanica.ro

cardiopatie ischemică dureroasă, iar 10 ani mai târziu primul infarct miocardic. Prin schimbarea stilului de viață a trăit 91 de ani.

Această modificare comportamentală se poate realiza prin schimbarea de atitudine:

- față de timp (a privi timpul mai degrabă ca un prieten, decât ca un inamic);
- față de ceilalți (intelocutori sau colaboratori considerați prieteni şi nu duşmani);
- față de probleme (abordare echilibrată şi înțeleaptă); şi
- față de sine (prin creşterea introspecției, auto-stimei şi valorificării propriei persoane).

**Comportament tip B**

Comportamentul de tip B este exact opusul comportamentului de tip A şi din această cauză face față mult mai bine disstresului (20).

Indivizii aparținând tipului B prezintă următoarele caracteristici:

① nu sunt presați de timp:
- calmi şi relaxați cu privire la lucruri, situații şi persoane;
- îşi desfăşoară viața într-un ritm mai lent;
- lejeri şi tacticoşi;
- abordează problemele cu serenitate şi absența agitației, uneori chiar cu detaşare;

② nu sunt în permanentă luptă cu ceilalți:
- satisfăcuți şi senini;
- deschişi cooperării, persoane prietenoase;

③ lucrează în linişte:
- cu seriozitate şi continuitate;
- având momente de relaxare, reflecție şi introspecție;
- se bucură de realizări, dar nu devin stresați când nu-şi îndeplinesc obiectivele.

**Comportament tip AB**

Comportamentul de tip AB reuneşte o categorie largă de persoane care au trăsături atât din din tipul A cât şi din tipul B. Pentru aceştia este important de a modifica sau diminua caracteristicile tipului A, care în timp influențează negativ sănătatea şi longevitatea.

Tipurile comportamentale B şi AB sunt mai adecvate sanogenetic. Ele permit motivația, randamentul şi atingerea obiectivelor, cu un preț mult mai scăzut pentru sănătate, fără a da dovadă de nerăbdare, nesiguranță, ostilitate şi agresivitate, trăsături definitorii pentru tipul A.

www.dacoromanica.ro

**Comportament tip C**

Comportamentul de tip C delimitează practic 2 (două) temperamente (comportamente) complet diferite. Deci practic, sub aceeaşi entitate (noţiune, denumire) se găsesc 2 (două) domenii (cu interpretările adiacente) total deosebite.

**Type C (cancer-prone) - (personality) behavior**
**Comportament (personalitate) predispus(ă) la cancer**

Un comportament distinctiv, specific şi anume tipul C - **Type C (cancer-prone) (personality) behavior** a fost descris la bolnavii cu risc crescut şi suferind de boli neoplazice (25).

În ţările dezvoltate cancerul este o cauză importantă de moarte, fiind a doua după bolile cardio-vasculare. De aceea, corelarea bolilor neoplazice cu un anumit profil comportamental este foarte importantă. În primul rând pentru a influenţa riscul de apariţie a cancerului şi apoi pentru a ameliora (şi scurta) faza de recuperare, fapte posibile prin schimbarea acestui tip de comportament.

Persoanele având comportament de tip C:

- asociază mecanisme represive puternice:
  - au dificultăţi în exprimarea emoţiilor, sunt incapabile să-şi exteriorizeze emoţiile (îndeosebi furia, mânia, nemulţumirea), având tendinţa la introversiune, de a ţine totul în ele, în special orice îi deranjează;
  - *anger-in* - reprimarea sentimentelor negative, de ostilitate reprezintă o caracteristică importantă.
- cu mijloace necompetitive de adaptare şi împotriva stresului (de-stresare):
  - rareori utilizează mijloace uzuale de apărare anti-stres şi minimalizare a disstresului sever, cum ar fi să ţipe, să arunce lucruri (ca orice individ normal); aceasta, deşi persoanele simt că ar trebui să acţioneze în acest mod, ele sunt capabile să execute un control extrem asupra cuvintelor şi comportamentului;
- şi cu reacţii secundare:
  - sentimente de neputinţă, autodepreciere;
- care din punct de vedere biologic (neuro-endocrin şi imunitar) se manifestă prin:
  - scăderea secreţiei de adrenalină şi noradrenalină;
  - dimunuarea activităţii celulelor NK (Natural Killer);
  - şi hiperfuncţia axei hipotalamo-hipofizo-corticosuprarenale, care prin excesul de cortizol induc inhibiţia celulelor NK.

**Type C - Cortisol and Chronic stress (personality) behavior**
**Comportament (personalitate) celor cu stres Cronic şi nivel ridicat de Cortizol**

Cortisol Connection (Conexiunea Cortizolului), semnifică cantitatea ridicată de cortizol timp prelungit *(nivelurile prea ridicate de cortizol vreme prea*

www.dacoromanica.ro

*îndelungată),* determinată şi permanetizată de stresul cronic, pe care la rândul lui îl întreţine (24).

Aceasta suprasolicitare de lungă durată stres (cronic) - hormonală (cortizol):

- reprezintă un factor cu nocivitate crescută, care se accentuează progresiv asupra organismului, producând o patologie stres-dependentă caracteristică, în contunuă agravare; şi
- o personalitate (comportament) specific, rezultat al nivelului hormonal (cortizolic) crescut, asociat cu polipatologia pe care a determinat-o.

Complexitatea vieţii şi diversitatea stresorilor determină la mulţi indivizi apariţia **tipului C de personalitate** (sintetizat prin **stres cronic** şi nivel înalt de **cortizol**). Aceasta deoarece, cel mai adesea, disstresorii vieţii moderne nu permit un răspuns normal, clar şi simplu la stres (în principal reacţia de urgenţă „luptă sau fugi"), (1), cu manifestarea tipurilor A şi B de personalitate.

Prin permanetizarea stresorilor, procesul de răspuns la stres-SGA se cronicizează, iar valorile continuu crescute ale hormonilor de stres, în special de adrenalină şi cortizol determină modificări şi leziuni ale ţesuturilor organismului, inclusiv ale creierului. În consecinţă, **vulnerabilitatea biologică la stres** este **rezultatul** în principal a **stării hiperadrenergice** şi **nivelului ridicat cronic al cortizolului.**

În concluzie, stresul cronic prelungit, combinat, suprapus şi continuu determină **producerea cronică de cortizol şi menţinerea acestuia permanent la o valoare ridicată,** cu efecte nocive, toxice şi lezionale în SNC cât şi în alte structuri ale organismului.

În creier, aceste efecte sunt caracteristice şi se manifestă prin:

- pierderi celulare selective în hipocamp (23);
- scăderea receptorilor glucocorticoizi (22), odată cu înaintarea în vârstă;
- reducerea sintezei de neurotransmiţători cerebrali, cu afectarea memoriei şi capacităţii de concentrare; şi
- perturbarea metabolismului neurotransmiţătorilor, împlicând modificări de dopamină şi serotonină, cu apariţia stărilor anxiaose şi depresiilor.

La nivelul organismului provoacă:

- afecţiuni cardio-vasculare, hipertensiune, creşterea nivelului de colesterol şi trigliceride;
- diabet zaharat, glicemie ridicată şi rezistenţă la insulină;
- obezitate prin apetit crescut, reducerea oxidării (degradării) grăsimilor şi creşterea depozitelor;
- osteoporoză prin accelerarea pierderii de masă osoasă;
- atrofie a muşchilor, prin pierderi de masă musculară;
- infecţii virale, bacteriene şi fungice, prin scăderea capacităţii imunitare, a numărului şi activităţii celulelor imunitare.

www.dacoromanica.ro

În acest mod, bolile de (mal)adaptare şi patologia stres-dependentă îşi pun amprenta asupra organismului, şi ca o consecinţă a creşterii vulnerabilităţii biologice.

**Comportament tip D**

Tipul D de comportament (personalitate) a fost individualizat de Prof. dr. Johan K. I. Denollet, profesor olandez de psihologie medicală de la Tilburg University, Faculty of Social and Behavioural Sciences, Tilburg, the Netherlands (4, 5).

Conceptul tipul D de personalitate (comportament), în care litera D semnifică (exprimă) cuvântul *Disstressed,* este definit ca o tendinţă combinată a afectivităţii negative (îngrijorare, iritabilitate, tristeţe), cu inhibiţia socială (reticenţă, reţinere, lipsă de încredere în sine). Acest disstres emoţional a fost corelat cu mortalitatea pacienţilor suferind de boli de inimă coronariene (Coronary Heart Disease - CHD). Cercetările au arătat că bolnavii cu CHD şi tip D de personalitate au un prognostic mai prost (mai defavorabil) după infarctul de miocard, comparativ cu pacienţii cu CHD fără tipul D de personalitate (4). De aceea, acest tip de personalitate devine un predictor (anticipator, prevestitor) semnificativ al mortalităţii la bolnavii cu CHD, independent de ceilalţi factori de risc bio-medicali. Tipul D este asociat cu un risc (de mortalitate, infarct miocardic recurent sau moarte subită) crescut de 4 până la 8 ori.

Tipul D de personalitate poate fi identificat cu ajutorul unei scale (chestionar) sigur şi validat, care cuprinde 14 itemi (puncte, întrebări) cu 5 răspunsuri posibile (5). Scala de autoevaluare este denumită *Type D Scale-14* (*DS-14)* şi reprezintă o evaluare standard a afectivităţii negative, inhibiţiei sociale şi tipului D de personalitate.

*

Necesitatea cunoaşterii, evaluării, diferenţierii şi acţiunii binare terapeutice psiho-comportamentale trebuie direcţionată în aprofundarea a 3 (trei) categorii - 2 (două) structurale şi 1 (una) de interrelaţie:

- temperament, comportament, personalitate (tipologii structurale şi reacţionale);
- stres (eustres ⊕ disstres), acut - cronic, socio-psiho-biologic / apărare - coping - adaptare, readaptare - reconstrucţia - dezvoltarea adaptării şi rezistenţei;
- interrelaţia psihodinamică, în sinergism negativ / pozitiv a celor 2 (două) componente psiho-structurale.

Interacţiunile psihodinamice binare personalitate ↔ stres, cumulate şi amplificate în timp (în ontogeneză, în ciclurile vieţii) conduc la 2 (două) rezultate (bilanţuri, consecinţe) opuse (antagonice):

www.dacoromanica.ro

- (–) bilanț negativ al homeostaziei psihice - fragilizare, vulnerabilizare, dezechilibrare, destabilizare, decompensare, tulburare psihopatologică şi comportamentală / mintală;
- (+) bilanț pozitiv al homeostaziei psihice - protecție, adaptare, rezistență, reconstrucție, (auto)dezvoltare psihică şi comportamentală, mintală.

Esențial este deci modul de funcționare a trinomului temperament - comportament - personalitate:

- în registru (–) ca vulnerabilitate psihologică şi amplificator al disstresului;
- în registru (+) ca rezistență psihologică şi amplificator al adaptării anti-stres.

Din această perspectivă rezultă elaborarea de strategii şi programe de sănătate mintală (individuală, colectivă, societală şi chiar globală) ca dimensiune de prevenție, igienă, profilaxie şi sanogeneză mintală.

**Bibliografie selectivă**


1. Cannon, W. B., *The Wisdom of the Body,* W. W. Norton, New York, NY, 1st ed. 1932, 2nd ed. 1939.
2. Briggs Myers, I., Myers, P. B., *Gift Differing. Understanding Personality Type,* 2nd ed., Davies Black Publ., Montain View, CA, 1995.
3. Dănăilă, L., Golu, M., *Tratat de Neuropsihologie,* vol. 1, Ed. Medicală, Bucureşti, 2006.
4. Denollet, J., Sys, S. U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T. C., Brutsaetr, D. L., Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease, *Lancet,* 347(8999): 417-421, 1996.
5. Denollet, J., DS 14: standard assessment of negative affectivity social inhibition, and Type D personality, *Psychosom. Med,* 67(1): 89-97, 2005.
6. Friedman, M., Rosenman, R. H., Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings, *Journal of the American Medical Association,* 169: 1286-1296, 1959.
7. Friedman, M., St. George, S., Byers, S. O., Excretion of catecholamines, 17-ketosteroids, 17-hydroxycorticoids, and 5-hydroxyindole in men exhibiting a particular behavior pattern (A) associated with high incidence of clinical coronary artery disease, *Journal of Clinical Investigation,* 39: 758-764, 1960.
8. Friedman, M., Byers, S. O., Diamant, J., Rosenman, R. H., Plasma catecholamine response of coronary-prone subjects (Type A) to a specific challenge, *Metabolism,* 4: 205-210, 1975.
9. Friedman, M., *Type A Behavior: Its Diagnostics and Treatment,* Springer, New York, NY, 1996.
10. Goleman, D., *Emotional Intelligence. Why It Can Matter More Than IQ,,* Bantam Books, Bantam Doubleday Dell Publ. Group, New York, NY, 1997.
11. Jung, C. G., *Psychologische Typen,* 9. Aufl., Walter Verlag, Olten und Freiburg im Breisgau, 1971.


www.dacoromanica.ro

12. Keirsey, D., *Portraits of Temperament,* 3rd ed., Prometheus Nemesis Book, Del Mar, CA, 1995.
13. Keirsey, D., *Please Understand Me II: Temperament, Character, Intelligence,* Prometheus Nemesis Book, Del Mar, CA, 1998.
14. Kretschmer, E., *Physique and Character: an investigation of the nature of constitution and of the theory of temperament* (trans. W. J. H. Sprott), Harcourt Brace, New York, NY, 1925.
15. Rosch, P. J., Hendler, N. H., Stress management, pp. 339-371. In: R. B. Taylor, J. R. Ureda, J. W. Denham (eds.), *Health Promotion: Principles and Clinical Applications,* Appleton-Century-Crofts, Prentice-Hall, New York, NY, 1982.
16. Rosenman, R. H., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Kositchek, R., Hahn, W., Werthessen, N. T., A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Study, *Journal of the American Medical Association,* 189: 15-22, 1964.
17. Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: final follow-up experience of 8 1/2 years, *Journal of the American Medical Association,* 233: 872-877, 1975.
18. Rosenman, R. H., Friedman, M., Modifying Type A behavior pattern, *Journal of Psychosomatic Research,* 21: 323-331, 1977.
19. Rosenman, R. H., Role of Type A behavior pattern in the pathogenesis of ischemic heart disease and modification for prevention, *Advances in Cardiology,* 25: 1-12, 1978.
20. Rosenman, R. H., Chesney, M. A., Stress, type A behavior and coronary disease, pp. 547-565. In: L. Goldberger, S. Breznitz (eds.), *Handbook of Stress. Theoretical and Clinical Aspects,* Free Press - Collier Macmillan, London, UK, 1982.
21. Rosenman, R. H., The evolution of Type A and coronary-prone behaviour, Abstr. Book: 81, *7th International Montreux Congress on Stress,* Montreux, CH, Feb. 19-24, 1995.
22. Sapolsky, R. M., Krey, L. C., McEwen, B. S., Corticosterone receptors decline in a site-specific manner in the aged rat brain, *Brain Res.,* 289: 235-240, 1983.
23. Sapolsky, R. M., Krey, L. C., McEwen, B. S., Prolonged glucocorticoid exposure reduced hippocampal neuron number: implication for aging, *J. Neurosci.,* 5: 1222-1227, 1985.
24. Talbott, S. M., *The Cortisol Connection: Why Stress Makes You Fat and Ruins Your Health - and What You Can Do About It,* Hunter House Publ., Alameda, CA, 2002.
25. Temoshok, L., Dreher, H., *The Type C Connection: The Mind-Body Links to Cancer and to Your Health,* Random House, New York, NY, 1992.

www.dacoromanica.ro

## Capitolul 7. EVALUAREA ADAPTĂRII (IMPACTUL ŞI DEPĂŞIREA DISSTRESULUI)

*Studiul adaptării la situații stresante şi dirijarea acestui proces reprezintă un obiectiv major al fiziologiei şi medicinei contemporane.*

*Raporturile stres-adaptare sunt deci complexe şi reciproce, stresul putând fi considerat atât drept cauza adaptării, cât şi consecința unei adaptări isuficiente, inadecvate sau tranzitorii.*

**P. Derevenco, I. Anghel, A. Băban,** *Stresul în sănătate şi boală. De la teorie la practică,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992 (2).

*Tulburarea de adaptare nu este de fapt o stare psihiatrică.*
*Ea etichetează o stare psihologică preclinică, cu un intens antren psihoemoțional, care împietează performanțele sociale şi profesionale.*

**G. Cornuțiu,** *Breviar de psihiatrie,* ed. 2-a, Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 2004 (1).

Evaluarea adaptării (în plan psiho-social etc.) implică de fapt măsurarea simultană (calitativă / cantitativă) a unei complementarități intricate în mai multe planuri (3, 4):

- evaluarea stresului / stresorilor şi impactul lor (ca nivel de perturbare a sistemului);
- evaluarea gradelor de adaptare / dezadaptare (modul şi „costul" depăşirii stresului).

Pentru a defini cât mai bine această problematică, sunt prezentate 2 (două) instrumente specifice şi larg aplicate în domeniu.

### ① Scala de evaluare a readaptării sociale (5-10) (Social Readjustment Rating Scale - T. H. Holmes, R. H. Rahe, 1967)

Instrumentul măsoară disstresul prin evaluarea evenimentelor / schimbărilor de viață (modificări existențiale / evenimente stresante).

Scala relevă afectarea sănătății (mintale), în funcție de:

- cantitatea de transformări suportate şi natura evenimentelor;
- gradul de adaptare / vulnerabilitate, dezadaptare individuală.

Deoarece schimbările de viață solicită adaptarea psiho-socială a individului, ele capătă potențial stresogen / disstresori. În urma unor studii extinse, autorii scalei au selecționat evenimentele de viață semnificative (în efortul lor complementar adaptogen) şi le-au cuantificat pe fiecare prin unități de schimbare de viață (Life Change Units). În plus, cercetările le-au aplicat şi într-o dinamică temporală, obținând următoarele valori medii (ale unităților de schimbare de viață):

www.dacoromanica.ro

- an 1964 - media de 34;
- an 1978 - media de 42;
- an 1994 - media de 50.

Este demonstrat şi pe această cale, că în 30 ani (1964-1994), viaţa psiho-socială a individului (= stres + adaptare) a crescut în dificultate cu peste (+) 44% - reprezentând (+) 666 unităţi, privind schimbările existenţiale şi efortul readaptativ.

Astfel, la începutul anului 1995 viaţa era cu peste 44% mai dificilă decât în 1964, reprezentând o creştere a dificultăţilor în adaptare - readaptare la disstres de cca. 1,5% pe an (9).

Luând ca referinţă evenimentul esenţial cel mai grav (nr. 1 - moarte soţ/ie - 123 unităţi), rezultă că viaţa în anul 1994 (faţă de 1964) s-a împovărat cu un efort de readaptare echivalent cu 5,4 decese ale partenerului de viaţă (666 : 123).

Astfel, creşteri de peste (+) 30 unităţi (de schimbări de viaţă) au înregistrat în cca. 30 ani următoarele evenimente de viaţă:

- nr. 17 - Moartea unui prieten/ă apropiat/ă (+) 34
- nr. 21 - Executare silită / neplată împrumut (+) 33
- nr. 8 - Concediere serviciu / slujbă (+) 32
- nr. 5 - Moartea unui membru al familiei (+) 31

Creşteri de (+) 20 la (+) 30 unităţi au înregistrat în 30 ani următoarele evenimente esenţiale:

- nr. 2 - Divorţ (+) 27
- nr. 6 - Accident sau boală grea (+) 27
- nr. 12 - Sarcină / graviditate (+) 26
- nr. 15 - Promovare profesională / readaptări în afaceri (+) 26
- nr. 1 - Moartea soţului/iei (+) 23
- nr. 26 - Soţia / soţul începe sau încheie serviciul (+) 22
- nr. 32 - Schimbarea domiciliului (+) 20

Este prezentată Scala de evaluare a readaptării sociale (Holmes şi Rahe, 1967), (5) cu cele 42 evenimente de viaţă, măsurate la nivelul anului 1994 şi cuantificate prin unităţile de schimbare de viaţă (de stres / adaptare).

Stresul (psiho-social), sindromul de stres, sindromul general de adaptare reprezintă clar o problemă de adaptare a persoanei. Omul modern este solicitat / suprasolicitat de a se adapta permanent, iar scala cuprinde adaptările / readaptările tipice / specifice vieţii cotidiene, relevând cât de obositoare pentru individ este fiecare situaţie de readaptare.

Timpul de înregistrare a scorului (efortului) de adaptare / readaptare este ultimul an. Scorul total are următoarea semnificaţie -

- sub 150 puncte (unităţi de schimbare de viaţă):
  stresul nu afectează (de regulă) sănătatea perasoanei (auto)evaluate;
- 150-300 puncte: risc înalt semnificativ - 80% de îmbolnăvire (patologie stres-dependentă, psihosomatică), în funcţie de vulnerabilitatea individuală.

www.dacoromanica.ro

| Evenimentul de viață (stresor psiho-social) | Unități de schimbare de viață (impactul - indice de readaptare) | Creşterea (+) 1964 → 1994 |
|---|---|---|
| 1. Moartea soțului/iei | 123 | 23 |
| 2. Divorț | 100 | 27 |
| 3. Despărțire de soț/ie | 82 | 17 |
| 4. Condamnare (închisoare) | 74 | 11 |
| 5. Moartea unui membru al familiei | 94 | 31 |
| 6. Accident sau boală grea | 80 | 27 |
| 7. Căsătorie | 50 | 0 |
| 8. Concediere serviciu / slujbă | 79 | 32 |
| 9. Reconciliere / împăcare maritală | 59 | 14 |
| 10. Pensionare | 55 | 10 |
| 11. Boala unui membru al familiei | 58 | 14 |
| 12. Sarcină / graviditate | 66 | 26 |
| 13. Dificultăți de ordin sexual | 45 | 6 |
| 14. Înmulțirea membrilor familiei | 58 | 19 |
| 15. Promovare profesională / readaptări în afaceri | 64 | 26 |
| 16. Schimbarea condițiilor financiare | 57 | 19 |
| 17. Moartea unui prieten/ă apropiat/ă | 71 | 34 |
| 18. Schimbarea locului de muncă / răspunderilor profesionale | 52 | 16 |
| 19. Repetate conflicte conjugale | 51 | 16 |
| 20. Datorii / peste 10 000 dolari | 44 | 13 |
| 21. Executare silită / neplată împrumut | 63 | 33 |
| 22. Schimbare loc de muncă / schimbare responsabilități | 43 | 14 |
| 23. Plecarea copiilor din casa părintească | 45 | 16 |
| 24. Dificultăți cu rude prin alianță / socri | 38 | 9 |
| 25. Suprasolicitare personală / realizare excepțională | 39 | 11 |
| 26. Soția / soțul începe sau încheie serviciul | 48 | 22 |
| 27. Începutul şi sfârşitul şcolarizării unui copil | 38 | 12 |
| 28. Schmbare în condițiile de locuit | 42 | 17 |
| 29. Orice schimbare de obiceiuri | 27 | 3 |
| 30. Necazuri cu şeful / patronul | 30 | 7 |
| 31. Schimbarea orarului / condițiilor de muncă | 36 | 16 |
| 32. Schimbarea domiciliului | 40 | 20 |
| 33. Schimbări în activitatea şcolară / universitară | 36 | 16 |
| 34. Schimbarea modului de recreare / timp liber | 28 | 9 |
| 35. Schimbări în activitățile / credințele religioase | 22 | 3 |
| 36. Schimbări în activitățile sociale | 27 | 9 |
| 37. Datorie / credit sub 10 000 dolari | 28 | 11 |
| 38. Schimbarea deprinderilor legate de somn | 26 | 10 |
| 39. Schimbări (număr, durată) în vizitele rudelor | 27 | 12 |
| 40. Schimbări în obiceiurile alimentare (post, îngrăşare) | 27 | 12 |
| 41. Concediu / vacanță | 25 | 12 |
| 42. Încălcări minore ale legii (contravenții circulație) | 22 | 11 |
| | **Total puncte (scor)** | 666 |

www.dacoromanica.ro

Studiile au confirmat că probabilitatea de îmbolnăvire este corelată direct cu scorul schmbărilor de viaţă. Prelucrarea cercetărilor din diferite surse (10) demonstrează acest fapt:

| Scor total<br>unităţi de schimbări de viaţă | Procentul persoanelor<br>cu boală / accident |
|---|---|
| • sub 150 puncte | • nesemnificativ |
| • 150 - 199 puncte | • 9 - 33% |
| • 200 - 299 puncte | • 30 - 52% |
| • peste 299 puncte | • 50 - 86% |

② **Scala de autoevaluare a adaptării sociale** (11-14)
**(Social Adaptation Self-evaluation Scale - SASS**
**M. Bosc, A. Dubini, V. Polin, 1997)**

Scala de Autoevaluare a Adaptării Sociale (SASS):

- reprezintă un instrument de autocotare / autoevaluare a persoanei / pacientului;
- se caracterizează prin uşurinţa / simplitatea de folosire şi concentrarea pe comportamentul social;
- testează motivaţia şi comportamentul social - prin performanţa în mediul social;
- relevă perspectiva / percepţia persoanei asupra funcţionalităţii sale în mediul social - care este considerată cea mai relevantă.

Instrumentul / chestionarul cuprinde 21 de întrebări, cu 4 niveluri de intensitate / frecvenţă. Întrebările 1 şi 2 sunt precedate de precizarea existenţei unei ocupaţii; aceste întrebări se exclud reciproc, dar ambele explorează interesul pentru activitate (serviciu sau casnică).

Pentru fiecare răspuns se acordă între 0 şi 3 puncte, corespunzând adaptării / integrării sociale - minime şi maxime. Teoretic, scorul total poate fi între 0 şi 60 puncte.

Instrumentul (cele 21 întrebări, cu cele 4 niveluri) este prezentat în continuare, sub forma unei Fişe personale de autoînscriere a punctajului. Fiecare întrebare explorează / relevă motivaţia şi comportamentul social al persoanei.

În ordinea numerotării întrebărilor adaptarea socială semnifică:

1. Interesul pentru serviciu
2. Interesul pentru activităţile casnice
3. Plăcerea cu care munceşte
4. Interesul pentru hobbiuri
5. Calitatea timpului liber
6. Integrare familială
7. Calitatea relaţiilor familiale
8. Sociabilitate
9. Integrare relaţională
10. Calitatea relaţiilor externe
11. Aprecierea relaţiilor externe
12. Atractivitatea socială
13. Complianţa socială
14. Implicarea în activităţile comunităţii
15. Curiozitate socială
16. Interes intelectual
17. Dificultăţi de comunicare
18. Sensibilitatea la respingere
19. Vanitate
20. Dificultăţi de încadrare în resurse
21. Controlul mediului

www.dacoromanica.ro

# SCALA DE AUTOEVALUARE A ADAPTĂRII SOCIALE - SASS

| | | |
|---|---|---|
| 1. Aveţi o ocupaţie / serviciu? | ☐ Da | ☐ Nu |
| 2a. Cât de interesat(ă) sunteţi de ocupaţia / serviciul dumneavoastră? | ☐ Foarte<br>☐ Moderat | ☐ Puţin<br>☐ Deloc |
| 2b. Cât de interesat(ă) sunteţi de activităţile casnice? | ☐ Foarte<br>☐ Moderat | ☐ Puţin<br>☐ Deloc |
| 3. Vă îndepliniţi sarcinile ce ţin de ocupaţia dumneavoastră cu: | ☐ Multă plăcere<br>☐ Oarecare plăcere | ☐ Doar puţină plăcere<br>☐ Fără nici o plăcere |
| 4. Sunteţi interesat(ă) de activităţile din timpul liber: | ☐ Foarte<br>☐ Moderat | ☐ Puţin<br>☐ Deloc |
| 5. Calitatea timpului dumneavoastră liber este: | ☐ Foarte bună<br>☐ Bună | ☐ Satisfăcătoare<br>☐ Nesatisfăcătoare |
| 6. Cât de des aţi vrea să vă întâlniţi cu membrii familiei dumneavoastră (soţ, copii, părinţi)? | ☐ Foarte des<br>☐ Des | ☐ Rar<br>☐ Niciodată |
| 7. Relaţiile cu familia dumneavoastră sunt: | ☐ Foarte bune<br>☐ Bune | ☐ Satisfăcătoare<br>☐ Nesatisfăcătoare |
| 8. În afara familiei, aveţi relaţii cu: | ☐ Mulţi oameni<br>☐ Puţini oameni | ☐ Doar cu câţiva oameni<br>☐ Nimeni |
| 9. Încercaţi să stabiliţi relaţii cu ceilalţi? | ☐ Foarte activ<br>☐ Activ | ☐ Moderat<br>☐ Nu în mod activ |
| 10. Cum vă evaluaţi, în general, relaţiile cu alţi oameni? | ☐ Foarte bune<br>☐ Bune | ☐ Satisfăcătoare<br>☐ Nesatisfăcătoare |
| 11. Ce valoare acordaţi relaţiilor cu ceilalţi? | ☐ Mare<br>☐ Medie | ☐ Mică<br>☐ Nici una |
| 12. Cât de des vă caută persoanele din cercul dumneavoastră? | ☐ Foarte des<br>☐ Destul de des | ☐ Rar<br>☐ Niciodată |
| 13. Respectaţi regulile sociale, bunele maniere, politeţe etc.? | ☐ Totdeauna<br>☐ De cele mai multe ori | ☐ Rar<br>☐ Niciodată |
| 14. În ce măsură sunteţi implicat(ă) în viaţa comunitară (un club, biserică etc.)? | ☐ Deplin<br>☐ Moderat | ☐ Puţin<br>☐ Deloc |
| 15. Vă place să căutaţi informaţii despre lucruri, situaţii şi oameni pentru o mai bună înţelegere a lor? | ☐ Foarte mult<br>☐ Moderat | ☐ Nu prea mult<br>☐ Deloc |
| 16. Sunteţi interesat(ă) de informaţiile ştiinţifice, tehnice sau culturale? | ☐ Foarte<br>☐ Moderat | ☐ Puţin<br>☐ Deloc |
| 17. Cât de des vă este greu să vă exprimaţi opiniile în faţa oamenilor? | ☐ Totdeauna<br>☐ Des | ☐ Câteodată<br>☐ Niciodată |
| 18. Cât de des vă simţiţi respins, exclus din cercul dumneavoastră? | ☐ Totdeauna<br>☐ Des | ☐ Câteodată<br>☐ Niciodată |
| 19. Cât de important consideraţi aspectul dumneavoastră fizic? | ☐ Foarte<br>☐ Moderat | ☐ Nu prea important<br>☐ Fără nici o importanţă |
| 20. Cât de des aveţi dificultăţi în mânuirea resurselor şi venitului dumneavoastră? | ☐ Totdeauna<br>☐ Des | ☐ Câteodată<br>☐ Niciodată |
| 21. Vă simţiţi capabil(ă) să vă organizaţi mediul potrivit dorinţelor şi nevoilor dumneavoastră? | ☐ Foarte<br>☐ Moderat | ☐ Nu prea<br>☐ Deloc |

Scor total ☐

www.dacoromanica.ro

Dimensiunea scorului total SASS (medie şi intervale) caracterizează nivelul adaptării / dezadaptării sociale:

- eşantionul din populaţia generală - media scorului total = 43,5;
- limitele scorului „normal" sunt considerate (de obicei) cele în care se încadrează 80% din populaţia generală;
- pe această bază, intervalul scorului total cuprins între 35-52 reprezintă „normalul" (adaptarea socială normală).

Analiza factorială a datelor calitative - prin analiza multiplă a corespondenţei - a identificat / caracterizat 5 (cinci) categorii (profil tipic) de adaptare / dezadaptare socială (respondenţi SASS), care acoperă o gamă largă a comportamentelor sociale -

- ADAPTAT optim;
- ADAPTAT mediu prin activitate familială;
- ADAPTAT mediu prin muncă;
- DEZADAPTAT mediu (exclus social);
- DEZADAPTAT sever (dezafectat social).

Omul - ca sistem bio-psiho-social se exprimă (motivaţie + comportament) în societate prin registrele (gradate) de:

- funcţionalitate, funcţie / disfuncţionalitate, disfuncţie socială;
- adaptare / dezadaptare socială.

La rândul lor, un grad înalt de funcţionalitate / adaptare socială reprezintă:

- protecţie / rezistenţă anti-stres şi contra tulburărilor psihice;
- nivel superior al calităţii vieţii.

Utilizarea acestor scale poate conduce la numeroase beneficii:

- identificarea problemelor de adaptare şi a gradelor de dezadaptare;
- conştientizarea individului pentru a-şi perfecţiona procesele adaptative în registrul cognitiv şi afectiv;
- creşterea calităţii vieţii persoanei care şi-a îmbunătăţit strategiile de adaptare;
- efecte certe profilactice ale reajustării comportamentale, cu evitarea tulburărilor de adaptare, patologiei psihosomatice şi apoi psihiatrice.

www.dacoromanica.ro

**Comportamentele de adaptare / dezadaptare socială rezultate din SASS**

Persoanele / comportamente sociale **adaptate optim / perfect**:
- scor mediu SASS = 49;
- au o rețea de relații extra-familiale / suport social foarte importantă;
- prin care „recoltează" satisfacții / valorizare și în consecință tind să o extindă;
- sunt interesate / angrenate atât în activitățile culturale, cât și în cele privind timpul liber;
- își organizează foarte bine mediul personal.

Persoanele / comportamente sociale **adaptate mediu / integrate prin activități familiale**:
- scor mediu SASS = 42;
- au principala caracteristică marele atașament pentru familie / suport familial;
- au mai puține relații extra-familiale / suport social, deci „recoltează" mai puține satisfacții;
- dorință mult mai slabă de competiție cu ceea ce este „dat" în viață;
- apartenența / aderența la grup rămâne asigurată, îi respectă pe cei din jur, dar evită excesul / intensitatea sentimentelor (cu excepția familiei).

Persoanele / comportamente sociale **adaptate mediu / integrate prin muncă**:
- scor mediu SASS = 32;
- nu au mai multe relații extra-familiale / suport social și sunt fără pretenții deosebite față de sfera socială;
- au anumite dificultăți de exprimare, sunt slab informate asupra mediului (social), au curiozitate scăzută și sunt fără plăcere la activitățile reduse la care participă;
- tratează relațiile familiale cu un grad de indiferență;
- au dificultăți de încadrare în resurse și nu mai reușesc să-și asigure o sferă de libertăți personale.

Persoanele / comportamente sociale **dezadaptate mediu / excluse social:**
- scor mediu SASS = 25;
- nu încearcă să stabilească relații sociale, nu au pretenții de la grupul social, puțin preocupate de regulile sociale, de organizarea resurselor / mediului și neimplicate în activități sociale;
- familia nu se ridică la nivelul așteptărilor;
- suferă de un sentiment de excludere socială.

Persoanele / comportamente sociale **dezadaptate sever / dezafectate social:**
- scor mediu SASS = 22;
- sunt în afara oricărui grup social, nu mai respectă nici o regulă, nu mai primesc nimic de la societate;
- nucleul familial s-a prăbușit;
- se simt excluse total (din societate, familie, viață).

www.dacoromanica.ro

**Bibliografie selectivă**


- **Stresologie, adaptologie şi psihiatrie**
  1. Cornuţiu, G., *Breviar de psihiatrie,* ed. 2-a, Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 2004.
  2. Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A., *Stresul în sănătate şi boală. De la teorie la practică,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992.
  3. Mazure, C. M. (ed.), *Does Stress Cause Psychiatric Illness?,* American Psychiatric Press, Washington, DC, 1995.
  4. Riga, S., Riga, D. (eds.), Stresul şi societatea modernă (Număr tematic), *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11(1): 1-68, 2004.
- **Scala de evaluare a readaptării sociale - Holmes, Rahe, 1967**
  5. Holmes, T. H., Rahe, R. H., The Social Reajustment Rating Scale, *Journal of Psychosomatic Research,* 11: 213-218, 1967.
  6. Holmes, T. H., Development and application of a quantitative measure of magnitude of life change, *Psychiatric Clinics of North America,* 2: 289-306, 1979.
  7. Rahe, R. H., Meyer, M., Smith, M., Kjaer, G., Holmes, T. H., Social stress and illness onset, *Journal of Psychosomatic Research,* 8: 35-44, 1964.
  8. Rahe, R. H., Ryman, D. H., Ward, H. W., Simplified scaling for life change events, *Journal of Human Stress,* 6: 22-27, 1980.
  9. Rahe, R. H., Life change scaling revisited, Abstr. Book: 74, *7th International Montreux Congress on Stress,* Montreux, CH, Feb. 19-24, 1995.
  10. Shaffer, M., *Life After Stress,* Plenum Press, New York, NY, 1982.
- **Scala de autoevaluare a adaptării sociale - Bosc, Dubini, Polin, 1997**
  11. Bosc, M., Dubini, A., Polin, V., Development and validation of a social functioning scale, the Social Adaptation Self - evaluation Scale, *Eur. Neuropsychopharmacol.,* 7(S1): S57-S70, S71-S73, 1997.
  12. Dubini, A., Bosc, M., Polin, V., Do noradrenaline and serotonin differentially affect social motivation and behaviour, *Eur. Neuropsychopharmacol.,* 7(S1): S49-S55, 1997.
  13. Weissman, M. M., The assessment of social adjustment: a review of techniques, *Arch. Gen. Psychiatry,* 32: 357-365, 1975.
  14. Weissman, M. M., Bothwell, S., Assessment of social adjustment by patients self-report, *Arch. Gen. Psychiatry,* 33: 1111-1115, 1976.


www.dacoromanica.ro

# Capitolul 8. TULBURĂRI DE ADAPTARE (ÎN PLAN PSIHO-SOCIAL)

***F 43.2 - Tulburări de adaptare***

*Sunt stări de suferință subiectivă și de afectare emoțională:*
*- interferează de obicei cu performanțele și funcționarea socială, și*
*- iau naștere în perioada de adaptare la o schimbare semnificativă de viață,*
*- sau ca o consecință a unui eveniment stresant de viață (incluzând prezența sau posibilitatea unei boli fizice grave).*

*Agentul de stres (stresorul) poate să fi afectat:*
*- integritatea rețelei sociale a persoanei (pierderea unei ființe dragi, experiențe de separare), sau*
*- sistemul mai larg al valorilor sau suporturilor sociale (imigrație, statut de refugiat).*

*Stresorul poate implica:*
*- numai individul sau/și*
*- grupul său comunitar.*

**The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders:** Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, WHO, Geneva, 1992.

## ① F 43.2 - Tulburări de adaptare: caracterizare și clasificare comparativă

Fac parte din categoria ICD-10 / F 40-48: Tulburări nevrotice corelate cu stresul și tulburări somatoforme și sunt clasate la F 43 - Reacție la stres sever și tulburări de adaptare: F 43.20; F 43.21; F 43.22; F 43.23; F 43.24; F 43.25; F 43.28.

**Caracterizarea categoriei (ICD-10),** (1-5)

- se conideră că tulburarea nu apare fără stresor, iar
- predispoziția individuală (vulnerabilitate) determină un rol mai mare în riscul apariției sau în conturarea simptomatologiei, decât celelalte stări din cadrul acestui grup;

Modul de manifestare al tulburărilor variază:

- includ dispoziția depresivă, anxietatea, îngrijorarea sau o combinație a acestora,
- cu un sentiment al incapacității de a face față (coping), de a continua situația prezentă, de a planifica (viitorul), precum și
- unele grade de perturbare în performanța rutinei cotidiene;
- tulburările de conduită (de ex.: comportamentul agresiv, dissocial) pot fi o trăsătură asociată (mai ales la adolescenți),
- dar nici unul din simptome ne este însă suficient de sever / proeminent pentru a justifica un diagnostic specific prin el însuși.

www.dacoromanica.ro

Debut, stare, evoluţie:

- debutul apare (de obicei) până într-o lună de la apariţia („impactul") evenimentului stresant sau schimbărilor / evenimentelor de viaţă;
- durata simptomelor nu depăşeşte (de obicei) 6 luni, cu excepţia reacţiei depresive prlungite - F 43.21;
- diagnosticul trebuie schimbat - dacă simptomele persistă în timp - în funcţie de tabloul clinic prezent, iar orice stres continuu poate fi înregistrat printr-un cod din Capitolul XXI (Z), prezentat anterior.

**Clasificare comparativă (ICD-10 / DSM-IV-TR), (1-8)**

| ICD-10, WHO, 1992 | DSM-IV-TR, APA, 2000 |
|---|---|
| F 40-48 Tulburări nevrotice, corelate cu stresul şi somatoforme | |
| **F 43 - Reacţie la stres sever şi tulburări de adaptare** | **Tulburări de adaptare** |
| F 43.2 - Tulburări de adaptare<br>Includ: • şocul cultural,<br>• reacţia de doliu,<br>• hospitalismul la copii<br>Exclud: • tulburarea anxioasă de separare, a copilăriei F 93.0 | 309.xx - Tulburări de adaptare<br>De specificat dacă:<br>• acută - sub 6 luni<br>• cronică - 6 luni şi peste |
| F 43.20 - Reacţie depresivă scurtă | 309.0 - cu dispoziţie depresivă |
| F 43.21 - Reacţie depresivă prelungită | |
| | 309.24 - cu anxietate |
| F 43.22 - Reacţie mixtă, anxioasă şi depresivă | 309.28 - cu dispoziţie mixtă depresivă şi anxioasă |
| F 43.23 - Cu perturbarea predominantă a altor emoţii | |
| F 43.24 - Cu predominanţa tulburărilor de conduită | 309.3 - cu perturbare de conduită |
| F 43.25 - Cu perturbare mixtă, a emoţiilor şi conduitei | 309.4 - cu perturbare mixtă, a emoţiilor şi conduitei |
| F 43.28 - Cu alte simptome predominante specificate | 309.9 - nespecificată |

www.dacoromanica.ro

**② Definirea etiologiei psihopatogene şi ghid diagnostic**

**Caracterizarea stresului, stresorului/ilor (DSM-IV-TR),** (6-8)

- stresor singular (de ex.: terminarea unei relaţii romantice);
- stresori multipli de ex: dificultăţi profesionale / muncă / afaceri şi probleme maritale notabile);
- stresori recurenţi (de ex.: asociaţi cu o criză sezonieră în activitate / afaceri);
- stresori continui (de ex.: a locui într-un cartier dominat de infractori);
- pot afecta un singur individ, sau
- cuprind o familie întreagă, un grup mai mare sau o comunitate (de ex.: un dezastru natural);
- unii stresori se pot suprapune pe evenimente specifice de dezvoltare şi cicluri de viaţă (de ex.: mersul la şcoală, plecarea din casa părintească, căsătoria, faptul de a deveni părinte, incapacitatea de a-şi atinge scopurile profesionale, pensionarea).

**Ghid diagnostic (ICD-10),** (1-5)

Diagnosticul pozitiv al F 43.2 -Tulburări de adaptare se realizează prin evaluarea (amănunţită) a relaţiei dintre:

a) Forma, conţinutul şi severitatea simptomelor;
(determină forma clinică, specificată prin cel de al 5-lea caracter);
b) Istoricul anterior şi personalitatea
(evidenţiază vulnerabilitatea);
c) Evenimentul, situaţia stresantă sau criza existenţială
(caracterizează stresorul/ii ca factor etio-patogenic).

Prezenţa factorului (c) este esenţială:

- trebuie clar stabilită (identificată şi evaluată);
- trebuie însoţită de dovada clară / convingătoare - chiar prezumtivă, că tulburarea nu ar fi apărut fără stresor / situaţie de criză;
- deoarece dacă stresorul este relativ minor, sau dacă o conexiune temporală (sub 3 luni) nu poate fi demonstrată,
- tulburarea trebuie clasificată în altă parte (corespunzător trăsăturilor prezente).

www.dacoromanica.ro

**Bibliografie selectivă**


- **ICD-10, WHO, 1992**
  1. World Health Organization (WHO), *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems,* 10th Revision *(ICD-10),*
     - vol. 1 - *Tabular List,*
     - vol. 2 - *Instruction Manual,*
     - vol. 3 - *Index,*

     WHO, Geneva, 1992.
  2. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines,* WHO, Geneva, 1992.
  3. Ministerul Sănătății, Centrul de Calcul şi Statistică Medicală, Clasificarea Internațională a Maladiilor, Revizia a 10-a OMS *(CIM-10, OMS)*:
     - vol. 1 - *Lista Codurilor cu 3 caractere şi Tabelul analitic,*
     - vol. 2 - *Reglementările privind clasificarea şi codificarea cauzelor de boală şi deces,*

     Ed. Medicală, Bucureşti, 1993.
  4. *ICD-10,* WHO, *Clasificarea tulburărilor mintale şi de comportament. Simptomatologie şi diagnostic clinic,* Ed. All, Bucureşti, 1998.
  5. http://www.who.int/classifications/apps/icd10online
- **DSM-IV-TR, APA, 2000**
  6. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th Edition. Text Revision *(DSM-IV-TR),* APA, Washington, DC, 2000.
  7. Asociația Psihiatrică Americană, *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mintale,* Ed. a 4-a Revizuită *(DSM-IV-TR),* Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2003.
  8. http://www.dsmivtr.org/index.cfm; e-mail: DSM@psych.org


www.dacoromanica.ro

# Capitolul 9. **TETRADA (CASCADA) DEZADAPTĂRII, ÎMBĂTRÂNIRII ŞI BOLILOR (ÎN PLAN BIO-PSIHO-SOCIAL)**

*Ab Iove principium (Să începem cu Iupiter)*
A începe cu ce este mai important (Iupiter-Jupiter din mitologia romană, divinitate supremă, stăpân al zeilor şi al oamenilor, zeu al cerului).

*Ab Iove principium, Musae;*
*Iovis omnia plena:*
*Ille colit terras;*
*illi mea carmina curae*

*Muze, să începem cu Iupiter;*
*toate sunt pline de Iupiter*
*El veghează câmpiile;*
*în grija lui las cântecele mele.*

**Publius Maro Vergilius** (70 î.d.Hr.-19 î.d.Hr.), poet roman, protejat de împăratul Augustus şi sponsorizat de Mecena, om politic roman, *Bucolica (Pastorale),* 3, 60; cu aceste cuvinte îşi începe păstorul Dameta întrecerea în versuri cu păstorul Menalca.

*Consilium futuri ex praeterito venit*
*(O hotărâre cu privire la viitor vine din trecut).*

**Lucius Annaeus Seneca** (4 î.d.Hr.-65 d.Hr.), filozof şi dramaturg latin, *Epistolae,* 83, 2.

*Nous entrons dans une ère*
*aux moyens parfaits et*
*aux objectifs confus.*

**Albert Einstein** (1879-1955), fizician german, Premiul Nobel pentru Fizică (1921).

*Anti-aging medicine is a clinical specialty that extends the concept of preventive health care to embrace the very early detection, prevention and reversal of aging related diseases, coupled with the aggressive yet gentle disease treatment. Anti-aging medicine has accelerated the pace of advancements in health promotion and prevention, and is the most important new model for health care for this new millennium.*

**Ronald Klatz, Robert Goldman** (eds.), *The New Anti-Aging Revolution,* Basic Health Publ., North Bergen, NJ, 2003 (14).

*Vita sine litteris mors est*
*(Viaţa fără învăţătură-cultură este-înseamnă moarte).*

***Maximă medievală,*** aducând un elogiu instruirii şi cultivării spiritului.

www.dacoromanica.ro

**① O nouă paradigmă în medicină, profilaxie şi terapeutică**

Consecinţele negative ale vieţii şi societăţii actuale, agresiunile externe şi manifestările nocive ale mediului înconjurător determină cel mai frecvent la nivelul organismului uman:

- **stres oxidativ,** urmat de o cascadă de evenimente negative;
- **stres hipoxic / ischemic,** care poate fi global / regional, tranzitoriu / persistent, stres circulator (scăderea cu înaintarea în vârstă a debitului sanguin cerebral);
- **disstres** în cele mai diverse forme, având în vedere varietatea, intensitatea şi durata agenţilor stresori nocivi (disstresorii), (23):
  - disstres fizic, chimic, biologic, psiho-social, profesional, informaţional, comunicaţional, competiţional;
  - disstres supraacut, acut, subacut, cronic, postcronic;
  - disstres concomitent, multiplu, prelungit, practic cumularea disstresurilor pe perioade îndelungate.

Desfăşurarea în timp a etapelor ontogenetice induce scăderea redundanţei structurale şi rezervei funcţionale, concomitent cu acumularea erorilor şi defectelor care nu mai pot fi compensate, eliminate sau atenuate.

Organizarea şi activitatea fiinţei umane, cu specificul ei genetic, metabolic, biologic, structural, funcţional şi neuro-psiho-social, determină interconectarea într-o cascadă etiologic-patogenică a 4 (patru) procese bio-medicale: disstres, uzură, îmbătrânire şi boală.

Tetrada (cascada) entropică: **disstress → uzură → îmbătrânire → polipatologie,** cu amplificare cumulativă în ontogeneza persoanei, fundamentează o nouă paradigmă în medicină, profilaxie şi terapeutică (32) şi deschide noi şi multiple perspective în managementul stilului de viaţă, sănătăţii (somatice şi mintale) şi longevităţii (33).

Raportate la cauzalitate → efecte / consecinţe, procesele care realizează construcţia dinamică a binomului antagonic **sănătate ↔ boală** se manifestă în 2 (două) direcţii opuse (centrifuge), (28):

- ➢ sanogeneză / adaptare → vitalitate / rezistenţă → prevenţie / longevitate sănătoasă;
- ➢ disstres → uzură / alterare → îmbătrânire: accelerată / patologică → patologie: stress dependentă, psihosomatică / somatică / polipatologie.

**② Concepte bio-medicale care converg către această paradigmă**

În decursul timpului, confruntarea dintre diferite ipoteze, idei, controverse, concepte şi teorii a condus la elaborarea unor modele viabile de conceptualizare şi interpretare a structurii şi funcţionalităţii umane.

Aplicarea lor în cercetarea medicală, bio-medicină şi în sanogeneza generală şi psihică a condus la obţinerea de rezultate notabile cu largă utilizare diagnostică, profilactică, terapeutică şi de recuperare.

www.dacoromanica.ro

Prezentăm o serie de **concepte definitorii** (32, 33):

- vitalitate (redundată structurală, rezerve funcționale) și vulnerabilitate;
- homeostazie și alostazie (cu încărcarea alostatică);
- disstresori, disstres și adaptare - sindromul general de adaptare (SGA);
- disstres și eutres;
- vulnerabilitatea (V) - factor cheie în biomedicină:
    - vulnerabilitatea biologică (VB)
    - vulnerabilitatea neuropsihică (VNP)
- vulnerabilitatea biologică (VB) - concept determinant în funcționalitatea ființei umane pe parcursul ontogenezei:
    - VB la nivel macromolecular
        - ➢ VB genetică (patologia genetică)
        - ➢ V ADN-ului nuclear
        - ➢ V ADN-ului mitocondrial
        - ➢ Proteine chaperone și proteine de stres (șoc) termic
    - VB la nivel subcelular
        - ➢ Stresul oxidativ
    - VB la nivel celular
        - ➢ Apoptoza și necroza
    - V selectivă a sistemului nervos central (SNC)
        - ➢ Vulnerabilitatea SNC selectivă la hipoxie / ischemie globală
        - ➢ Vulnerabilitatea SNC selectivă la disstres.

### ③ Tetrada entropică: disstres ↔ uzură ↔ îmbătrânire ↔ polipatologie

Ființa umană funcționează și acționează ca o entitate bio-psiho-socială, conectată la un mediu complex (natural și cel construit prin civilizație, deseori poluat), în continuă mișcare și transformare. De aceea, sănătatea și boala individului uman sunt determinate de fenomene interconectate, multicauzale și plurifactoriale (29, 30).

O interpretare holistică și dinamică a complexității interacțiunilor organism-mediu și sanogenezei-patogenezei prin prisma conceptelor bio-medicale menționate (în special cel al vulnerabilității) conduce către **o nouă paradigmă** în medicină și neuropsihiatrie, și anume **tetrada-cascada etio-patogenică: disstres ↔ uzură ↔ îmbătrânire ↔ polipatologie** (9, 19, 21, 22, 25, 26, 27, 32).

### Componentele tetradei: caracterizare, structură și dinamică

O evaluare generală a tetradei implică cele patru elemente constitutive:

1. - disstresul (acut-cronic; de mediu-societal-psiho-social; metabolic-oxidativ-biologic), (19, 23);
2. - epuizarea (faza a 3-a a SGA), (38), uzura (17, 19, 31), deteriorarea, acțiunea triplă a stresului oxidativ (creșterea atacului radicalilor liberi ⊕ scăderea apărării antioxidative ⊕ acumularea progresivă a deșeurilor subcelulare), (13, 26, 31);
3. - îmbătrânirea (neglijabilă, graduală, accelerată sau rapidă; normală și patologică), (10);

www.dacoromanica.ro

4. - boala şi polipatologia (genetică-dobândită; acută-cronică; bolile radicalilor liberi / stresului oxidativ / inflamatorii / degenerative; patologia stres-dependentă; bolile somatice; bolile asociate îmbătrânirii; polipatologia persoanelor în vârstă), (3, 8, 39).

Cei 4 constituenţi ai tetradei crează o cascadă etio-patogenică - **Figura 1.** Trăsăturile lor comune, de bază sunt prezentate în **Tabelul 1.** Prin acumulări succesive, dinamica globală a cascadei în timp, în ontogeneză determină ruinarea sănătăţii şi în final distrugerea sistemului (dispariţia individului).

**Mecanisme fundamentale ale cascadei declanşate de disstres**

Progresiv, cu parcurgerea ciclurilor vieţii, tetrada etio-patogenică se transformă într-o cascadă auto-întreţinută, care este agravată de circuite de multiplicare patologice, vicioase.

La rândul său, fiecare proces acţionează asupra următorului prin creşterea vulnerabilităţii şi scăderea adaptării.

Dezechilibrul progredient indus de stresul oxidativ este o verigă comună a componentelor tetradei, creşte prin multiplicare continuă de la disstres → uzură → îmbătrânire → la boală şi polipatologie şi în final atinge perturbarea patogenică maximă prin concomitenţa acestor 4 procese entropice (26, 29).

**Tabel 1.** Caracteristicile fundamentale ale cascadei etio-patogenice: disstres ↔ uzură ↔ îmbătrânire ↔ polipatologie

| Interconexiunea dintre cele 4 entităţi: ① Disstres ↔ ② Uzură ↔ ③ Îmbătrânire ↔ ④ Polipatologie |
|---|
| 1. Sunt procese entropice: cresc entropia, cu dezorganizarea sistemului |
| 2. Acţionează anti-homeostatic, anti-alostatic şi anti-stabilitate |
| 3. Provoacă scăderea progresivă a capacităţii adaptative, rezistenţei şi vitalităţii (energiei neuro-psiho-biologice-metabolice) |
| 4. Măresc activitatea stresului oxidativ → cresc pagubele provocate de stresul oxidativ → şi induc bolile stresului oxidativ |
| 5. Modifică imunitatea: bolile autoimune şi deficienţele imunologice |
| 6. Devin factori de risc şi factori etio-patogenici, provoacă şi / sau accelerează disstresul, deteriorările, senescenţa patologică (senilitatea) şi bolile (polipatologia) |
| 7. Patologii specifice asociate:<br>• disstres → patologia stres-dependentă, bolile psihosomatice,<br>• uzură → neurastenie, sindrom de oboseală cronică, sindrom metabolic<br>• imbătrânire → boli asociate îmbătrânirii<br>• boli, de la acute la → cronice şi boli degenerative |
| 8. Hetero- şi/sau auto- intensificarea provocată prin circuite vicioase, cascade patologice şi asocieri multiple, simultane |

www.dacoromanica.ro

În sinteză, mecanismele fundamentale ale cascadei / tetradei disstresului sunt reprezentate de:

- prezența disstresului oxidativ, ca proces patologic (de inițiere, constant și progredient) în toate cele 4 elemente formative ale tetradei;
- încărcarea alostatică, supraexpunerea la hormonii de stres în decursul timpului, hiperactivitatea prelungită-cronică excesivă, epuizarea adaptării (34, 35);
- creșterea vulnerabilității globale și augmentarea progredientă a acțiunii de fragilizare a acestei cascade;
- multiplicarea progresivă a riscurilor și pericolelor la nivel metabolic, biologic, imunitar, endocrin, nervos, psihic, comportamental (2);
- progresia uzurii, stricăciunilor și deteriorării, cu acumularea finală a deșeurilor și reziduurilor macromolecular-subcelulare (17, 31);
- boli ale radicalilor liberi și stresului oxidativ, boli inflamatorii - autoimune - degenerative (13);
- apoptoză anormală și necroză, cu pierdere și moarte celulară, atrofie tisulară și de organ;
- instabilitate genomică, dis-diferențiere, imunodeficiență (4), cancere;
- morbiditate, îmbătrânire patologică, polipatologie, alterarea severă a calității vieții, mortalitate.

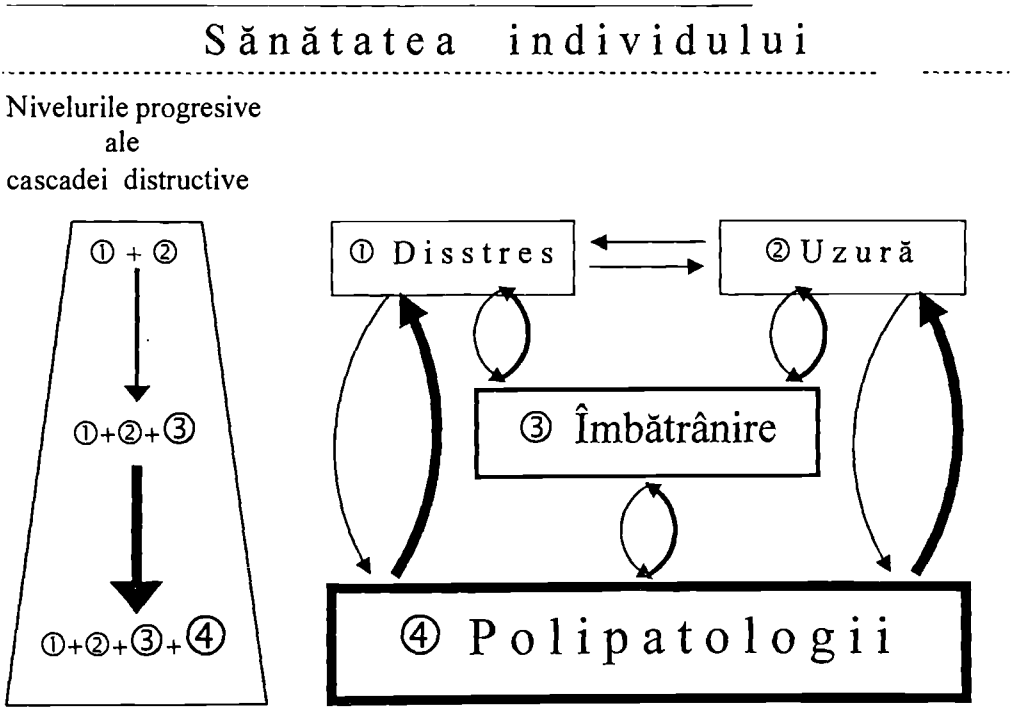



**Figura 1.** Structurarea dinamică a cascadei disstres ↔ uzură ↔ îmbătrânire ↔ polipatologie

www.dacoromanica.ro

**④ Determinarea etio-patogenică a tetradei**

Tetrada (cascada) etio-patogenică este construită şi modulată prin interacţiunea a 4 procese (luând în considerare intensitatea, perioadele de acţiune şi consecinţele lor):

- stresul (oxidativ-biologic şi psiho-social) şi SGA (38, 40);
- tipurile de personalitate A, B, C şi D;
- axul Hipotalamo-Hipofizo-Suprarenal (HHS), (36);
- circuitele vicioase disstres → boală → disstres.

**Stresul oxidativ şi bolile radicalilor liberi / bolile stresului oxidativ**

Stresul oxidativ cuprinde toate deteriorările oxidative în lanţ provocate de radicalii liberi ai oxigenului şi moleculelor biologice: oxidare, peroxidare, autooxidare, cooxidare. Activarea oxigenului - proces considerat fundamental şi caracteristic al lumii vii - produce **radicalii liberi** ai oxigenului (speciile reactive ale oxigenului): oxigenul singlet şi radicalii liberi - superoxid, perhidroxil şi hidroxil. Radicalii liberi sunt molecule sau fragmente moleculare care conţin un electron impar, au proprietatea de a fi foarte reactive şi provoacă stresul oxidativ (în condiţii de dezechilibru cu factorii anti-oxidanţi). Intervin ei înşăşi ca principal factor de amplificare în producerea **„leziunilor oxidative"**: peroxizi, hiper-peroxizi, endoperoxizi şi epoxizi, la care se cumulează o nouă amplificare rezultată din dezechilibrarea balanţei: prin exces de pro-oxidanţi / dublat de deficit în anti-oxidanţi.

Organismul uman este stresat (agresionat) în permanenţă de atacul radicalilor liberi ai oxigenului (sugestiv putem afirma că omul „se scaldă" într-o „baie de stres" externă şi internă de radicali liberi şi stres oxidativ) - Tabelul 2.

Implicarea fiziologică a radicalilor liberi, deoarece este multiplă, devine periculoasă pentru materia vie în condiţiile de rupere a echilibrului de neutralizare a lor. Randamentul scăzut - ineficienţa neutralizării excesului de radicali liberi transferă fiziologicul în graniţele patologicului, provocând „bolile radicalilor liberi" - Tabelul 3 (11, 12).

Ruperea echilibrului fiziologic: producţie / neutralizare se poate induce pe mai multe căi:

- prin creşterea producţiei (exo- şi / sau endogene);
- prin scăderea neutralizării (carenţă de antioxidanţi şi / sau ineficienta funcţionare a sistemelor biologice anti-radicalilor liberi); sau
- mixt, prin ambele mecanisme (modalitatea mecanismului mixt este caracteristică pentru îmbătrânire).

www.dacoromanica.ro

**Tabel 2.** Surse exogene si endogene care produc radicali liberi (superoxid) în organismul uman (17, 19)

- Surse EXOGENE (poluare şi medicamente)
  - Iradieri (radiaţii ionizante şi UV)
  - Arsuri
  - Fumul de ţigară (fumători activi şi pasivi)
  - Oxidarea
    - compuşilor organici
    - solvenţilor organici (ex: $CCl_4$)
    - medicamentelor (ex: acetaminofen, haloperidol)
    - substanţelor biologice (ex: glutationul prin nitriţi, hidrazine, bioxid de sulf etc.)
- Surse ENDOGENE (procese biochimice şi fiziologice)
  - Lanţurile de transport electronic
    - din mitocondrii (cloroplaste la plante)
    - din microzomi (reticul endoplasmic)
  - Reacţii de autooxidare
    - ionul feros
    - adrenalina etc.
  - Enzime oxidative
    - oxidaze (xantinoxidaza, galactozoxidaza, monoaminooxidaze)
    - oxigenaze (triptofan dioxigenaza, indolamin dioxigenaze, ciclooxigenaza, lipooxigenaza)
  - Celule fagocitare
    - sanguine: neutrofile, eozinofile, monocite, macrofage
    - vasculare: endoteliale

**Tabel 3.** „ Bolile radicalilor liberi" („ Free Radical Diseases") (modificat, după Harman, 1988 şi 1993), (11, 12)

1. Ateroscleroza
   Degenerescenţa maculară senilă
   Cataracta senilă
   Demenţa senilă (boala Alzheimer)
   Boala Parkinson
   Deficitele imunitare din îmbătrânire
2. Amiloidoza
3. Anemia Fanconi (mieloza aplastică infantilă familială)
   Coagularea intravasculară diseminată
   Hipertensiunea esenţială
4. Ciroza atrofică (Laënnec)
   Pancreatita acută
   Diabetul zaharat tip I
5. Preeclamsia
6. Sindromul de stres respirator al adultului
7. Osteoartritele
8. Lupusul eritematos sistemic
   Dermatoza fotosensibilă cu anomalii (boala Bloom)
9. Cancerul

www.dacoromanica.ro

Scăderea progresivă a capacității de apărare anti-oxidativă este un proces constant şi comun în stres (psihic, cronic, oxidativ), în uzura biologică şi senescența cerebrală. Deficitul de anti-oxidanți (din alimentație, în stres şi în îmbătrânire) amplifică şi accelerează disstresul, uzura şi senescența şi în final provoacă numeroase boli cronice (43) - Tabelul 4.

Importanța esențială a aportului de anti-oxidanți (α-tocoferol, β-carotenoide, acid ascorbic, seleniu etc.) pentru menținerea sănătății rezultă din faptul că şi deficitul singular într-un singur anti-oxidant (de ex. vitamina E) amplifică - accelerează nocivitatea stressului oxidativ şi provoacă în final o patologie nervoasă degenerativă caracteristică (15) - Tabelul 5.

**Tabel 4.** Bolile cronice în relație directă cu deficitul de antioxidanți din alimentație (modificat, după Slater şi Block, 1991), (43)

| |
|---|
| 1. Bolile cardiovasculare |
| 2. Ischemia miocardică / patologia de reperfuzie |
| 3. Ischemia cerebrală / patologia de reperfuzie |
| 4. Boala Alzheimer (demența) |
| 5. Boala Parkinson (aterosclerotic) |
| 6. Cataracta |
| 7. Artrita reumatoidă |
| 8. Patologia articulară hipoxică / de reperfuzie, induse de exercițiile fizice |
| 9. Cancerul (de plămân, esofag, gastric, colon, displazia cervicală uterină) |

**Tabel 5.** Secvențele etio-patogenice provocate de deficitul de vitamina E (antioxidant) şi care au ca rezultat final patologia nervoasă (după Müller şi col., 1992), (15)

| |
|---|
| 1. (–) Deficitul de vitamina E (sever sau cronic) → |
| 2. (+) Creşterea concentrației radicalilor liberi → |
| 3. (+) Creşterea peroxidării → |
| 4. Alterarea fluidității membranelor → |
| 5. (–) Scăderea transportului axonal → |
| 6. Lezarea axonilor → |
| 7. Axonopatia distală → |
| 8. Anormalități electrofiziologice |

Factorii de amplificare prin exces de pro-oxidanți sunt ionii metalici (în special Fe şi de asemenea Cu, Ni, Co, Cd) şi xantin oxidaza, iar cei prin deficit de anti-oxidanți sunt mult mai numeroşi şi diversificați (vitamina C, vitamina E, β-caroten, acid α-lipoic, seleniu, metionină etc.); consecințele patologice provocate de lipsa sau concentrația scăzută a lor au fost prezentate anterior.

www.dacoromanica.ro

Agresionarea creierului prin stres oxidativ, traumatisme, hipoxie, ischemie, hemoragie etc. generează condiţiile fiziopatologice pentru producerea excesului de radicali liberi, a peroxidării şi pentru acumularea intracelulară a calciului.

Alterarea homeostaziei intracelulare a calciului constituie o nouă modalitate de amplificare în determinismul stres (oxidativ) → uzură → îmbătrânire, care adaugă în plus lezarea şi liza membranelor celulare şi în final moartea celulară. Procesul este similar în peretele vascular (stres oxidativ → ischemie) - Tabelul 6, în miocard (cardiopatia ischemică) şi în creier (ischemia cerebrală). Producţia mărită de radicali liberi provoacă stres oxidativ care duce atât la mărirea permeabilităţii vasculare (inclusiv la calciu) cât şi la creşterea peroxidării lipidelor nesaturate, care determină şi ea mărirea permeabilităţii vasculare (amplificare).

Datorită caracterului destabilizator al calciului ionic asupra membranelor celulare, acumularea lui intracelulară declanşează procese severe, care în final duc la distrucţii subcelulare, celulare şi tisulare. În revers, reiese importanţa şi eficienţa terapeutică a antagoniştilor de calciu atât pentru cardiopatia ischemică - nifedipin cât şi pentru ischemia cerebrală - nicardipin, dar şi a anti-oxidanţilor - vitamina E, care are rol deosebit în menţinerea homeostaziei calciului. Mecanisme homeostatice foarte eficiente păstrează gradientul concentraţiei ionilor liberi de calciu, de la cele intracelulare (de ordinul 0,1 - 0,4 μM) la cele extracelulare (de ordinul mM). Menţinerea gradientului, prin numeroase sisteme ca de ex: ATP-aze, translocaze, canale ionice, transportori proteici tip calmodulină este vitală pentru celulă. Depăşirea mecanismelor homeostaziante produce în final moarte, necroză şi calcificare - Tabelul 6.

**Tabel 6.** Interrelaţia stres oxidativ → ischemie amplificată prin perturbarea homeostaziei Ca ionic din peretele vascular

| Acţiunea stresului oxidative (etape) | | L a n ţ u l etio - patogenic |
|---|---|---|
| Stres oxidativ | ⇒ | • Creşterea permeabilităţii vasculare→ |
| Stadiu reversibil | ⇒ | • Scăderea Ca ionic extracelular→<br>• Alterarea dinamicii Ca ionic mitocondrial→<br>• Abolirea homeostaziei Ca ionic→<br>• Scăderea vitaminei E→<br>• Peroxidarea lipidelor→<br>• Eflux glutation redus şi oxidarea lui→ |
| Stadiu ireversibil | ⇒ | • Scăderea în citoplasmă şi mitocondrii a glutationului redus→<br>• Alterarea enzimelor tiolice→<br>• Alterarea proteinelor tiolice→<br>• Modificarea membranelor, pierderea ionilor de potasiu şi formarea de detritusuri→ |
| Moartea celulară | ⇒ | • Liza celulară |

www.dacoromanica.ro

**Sindromul general de adaptare (SGA)**

SGA este compus din succesiunea a trei faze: I - reacţia de alarmă, II - adaptarea, rezistenţa, şi III - epuizarea, stresul pe termen lung (38). Raportate la homeo- şi alostazie, fazele I şi III sunt critice, cu grad ridicat de vulnerabilitate, în timp ce faza II conferă stabilitate sistemului. În fazele I şi III, datorită amplitudinii (intensităţii) şi duratei lor excesive, depăşirea nivelului de pro-adaptare conduce la vulnerabilitate crescută şi apariţia bolii.

Ca o regulă, există o patologie specifică fiecărei faze. Pentru faza I, ea este reprezentată de modificări acute, boli mintale şi somatice. Pentru faza III, ea este constituită de deteriorări şi afecţiuni cronice, deficienţe imunologice (care induc boli infecţioase sau cancer), patologie inflamatorie şi infecţioasă, moarte celulară, atrofie şi îmbătrânire patologică (v. partea II, capitolul 2).

Fazele SGA sunt amplificate (prin patologie) sau reduse (cu promovarea sanogenezei) prin funcţionarea cuplurilor:

- disstresuri acute-cronice / eustresuri ⊕
- boli ale stilurilor de viaţă înalt stresante / stiluri de viaţă nestresante ⊕
- tipurile A, C, D / B de personalitate.

Stresul acut ⊕ stilurile de viaţă înalt stresante ⊕ tipurile A şi D de personalitate generează împreună starea hiperadrenergică (2, 3, 41) cu:

- patologie mintală şi de comportament specifică: reacţii psihice la stres sever şi boli de adaptare, anxietate fobică, anxictate, boli disociative (de conversie) sau somatoforme; şi
- patologie somatică: boli cardiovasculare (aritmii, hipertensiune, cardiopatie ischemică, infarct miocardic acut) şi boli cerebrovasculare (accident vascular cerebral ischemic sau hemoragic).

Stresul cronic ⊕ stilurile de viaţă foarte stresante ⊕ tipul C de personalitate alterează împreună activitatea axului HHS (prin creşterea sau scăderea funcţiei lui normale).

Stările asociate, în mod cronic sau recurent, cu încărcarea suplimentară a sistemului de stres hiperactiv → funcţionarea excesivă a axului HHS → hipercortizolism → alterarea reglării comportamentului → modificarea adaptării periferice (3, 37) sunt reprezentate de:

- stres cronic, exerciţiu fizic excesiv (atletism de performanţă);
- sindrom premenstrual (ICD-10 N94.3, sindrom de stres premenstrual), graviditate (ultimul trimestru);
- tulburări de panică şi anxietate, tulburări obsesiv-compulsive, depresie severă;
- alcoolism cronic, sevraj de alcool şi narcotice;
- hipertiroidism, sindrom Cushing, diabet zaharat, sindrom (dis)metabolic (sindromul X = uşor → moderat → sever: obezitate, rezistenţă la insulină, dislipidemie, hipertensiune);
- tulburări gastro-intestinale „funcţionale".

www.dacoromanica.ro

Stările asociate cu epuizare - hiperactivitatea sistemului de stres → hipofuncționarea axului HHS → deficiență de glucocorticoizi → alterarea reglării comportamentului → modificarea adaptării periferice (3, 8) sunt:

- stresul postcronic;
- depresie postpartum, depresie la menopauză;
- depresie recurentă, sindrom de oboseală cronică;
- sevraj de nicotină;
- hipotiroidism, insuficiență corticosuprarenală, tratamentul sindromului post-Cushing, terapia post-glucocorticoidă;
- fibromialgia, artrita reumatoidă.

Cercurile vicioase disstres → patologie → disstres provoacă, mențin și agravează bolile și descresc eficacitatea tratamentelor în afecțiunile somatice. Stresul niciodată nu acționează singur, ci împreună cu dezechilibrele și consecințele pe care le provoacă.

Disstresul induce triada psiho-patologică: disstres ⊕ anxietate ⊕ depresie, care se transformă în tetrada disstres ⊕ anxietate ⊕ depresie ⊕ tulburări ale somnului (5, 45). Consecințele acestor două entități psiho-patologice (triadă și tetradă) sunt reprezentate de alterarea axului HHS și a imunității, care la rândul lor cauzează și agravează bolile somatice.

**⑤ Diagnosticul și evaluarea cascadei: nocivitate și intensitate**

Complexitatea, interacțiunile și consecințele tetradei pot fi evaluate numai plurivalent și prin instrumente multiaxiale. Cele 4 componente ale cascadei trebuie investigate individual, în ansamblu, simultan, multiplu și în dinamică. Se impune un **diagnostic global** (ceea ce stadiul prezent al tehnologiei bio-medicale permite) și un **tratament holistic** (posibil prin conceptele actual admise și prin dezvoltarea intensivă a terapiilor etio-patogenice și ortomoleculare).

**Disstresul** se cercetează la nivel psiho-social și biologic-stres oxidativ.

Pentru evaluarea **stresului psihic, social și societal** se utilizează o scală multiaxială, *WSP - Wheatley Stress Profile* (44, 45), care măsoară prin 9 axe (arii de viață) următoarele: obiceiuri sociale (4 itemi), stresuri sociale (6 itemi), evenimente de viață (5 itemi), probleme sexuale (6 itemi), parametri ai somnului (5 itemi), starea psihică (6 itemi), bătrânețea - peste 65 ani (4 itemi), la femei menstruația - menopauza (7 itemi), stresul și sistemul cardio-vascular (2 itemi).

Diagnosticul și cuantificarea cu instrumentul WSP furnizează următoarele date (v. partea I, capitolul 8):

- nivelul de stres în diferite arii de viață (cele 9 axe), gradat în 6 intensități: neînsemnat, ușor, moderat, marcat, sever și foarte sever;
- scorul total de stres, individualizat pentru fiecare arie și global pentru pacient; și
- cantitatea de stres într-o anumită perioadă a vieții.

www.dacoromanica.ro

Scala WSP caracterizează plurivalent stresul global din tetradă-cascadă la nivelurile:

- psiho-social: axele 1, 2 şi 3;
- psihiatric: axele 5 şi 6;
- psihosomatic: axele 4, 8 şi 9;
- îmbătrânire: axa nr. 7 direct şi celelalte 8 axe indirect.

Evaluarea **stresului la nivel biologic-stresul oxidativ,** fenomen implicat în etio-patogeneza a peste 100 boli umane şi animale, se realizează în două direcţii (planuri) opuse:

- măsurarea factorilor agresionanţi - radicalii liberi (în principal specii reactive ale oxigenului şi azotului) şi
- dimensionarea apărării antioxidative a organismului.

*OSP - Oxidative Stress Profile* (6, 7) măsoară cei mai răspândiţi şi nocivi radicali liberi pentru structurile macromoleculare-celulare-subcelulare: oxigen singlet, superoxid, hidroxil, peroxil, peroxid de hidrogen, oxid nitric.

*TAS - Total Antioxidant Status* (6, 7) cuantifică nivelurile (din ser sau plasmă) ale apărării anti-radicali liberi: superoxid dismutaza, glutation peroxidaza, glutation reductaza, fier-TIBC (total iron-binding capacity), transferină, feritină, albumină, bilirubină şi acid uric.

Diagnosticul **uzurii-senescenţei** trebuie să evidenţieze precoce şi în timp util terapeutic dereglările în curs de a se produce, care accelerează îmbătrânirea şi instalarea patologiei. El se înscrie ca un deziderat necesar în promovarea sănătăţii (mintale) şi prevenirea bolilor.

Identificarea stilurilor de viaţă, în numeroase cazuri anti-sanogenetice, se continuă cu examenul clinic general şi determinările hematologice şi biochimice standard. În plus, tehnologia imagistică - PET/CT (position emission tomography/computed tomography) contribuie la un diagnostic rapid şi cu acurateţe a patologiei inflamatorii cronice - degenerative şi a celei proliferative (canceroase). Determinarea şi analiza indicatorilor de pro-inflamaţie, inflamaţie cronică, şi a markerilor tumorali completează evaluarea pacientului.

În **senescenţa** normală, îmbătrânirea patologică şi tratamentele neuro-psiho-geriatrice, investigarea globală trebuie extinsă la nivel psihopatologic cu alte instrumente de evaluare multidimensionale (1). În acest sens, aplicarea unei perechi de scale este foarte indicată - de exemplu:

- *SCAG - Sandoz Clinical Assessment-Geriatric Scale* (42) - scală de heteroevaluare, cu 7 grade de intensitate simptomatologică poate fi asociată cu
- *SASG - Self-Assessment Scale-Geriatric* (46) - scală de autoevaluare, cu 7 grade ale frecvenţei simptomatologiei.

Scalele SCAG şi SASG sunt compuse din 19 itemi (18 simptome specifice şi 1 item global), grupaţi în 5 factori structurali (axe): disfuncţii cognitive, relaţii interpersonale, tulburări afective, apatie şi disfuncţii somatice.

În acest algoritm, diagnosticul **bolii-polipatologiei** se face rapid, precoce şi cu şanse terapeutice ridicate.

www.dacoromanica.ro

În concluzie, diagnosticul fiecărei entități a tetradei entropice, cuplat cu evaluarea de ansamblu a cascadei etio-patogenice ca nocivitate şi intensitate, redau un tablou complet al sănătății - lipsei de sănătate a individului, definit ca ființă bio-psiho-socială activă şi utilă. În plus, intervențiile terapeutice se pot desfăşura în timp real, reversibilitatea şi recuperarea fiind însemnate.

**⑥ Mecanisme de bază în sanogeneză şi în promovarea sănătății (mintale)**

**Terapii în cascadă anti-stres, anti-uzură, anti-îmbătrânire, anti-polipatologie**

În antiteză cu mecanismele fundamentale ale cascadei entropice, au fost elaborate şi dezvoltate strategii de orientare preventivă / profilactică în promovarea sănătății - longevității şi pentru antagonizarea tetradei etio-patogenice: disstres → uzură → îmbătrânire → polipatologie.

În esență, mecanismele de bază anti-stres, anti-uzură, anti-îmbătrânire şi anti-polipatologie pentru neutralizarea şi tratamentul cascadei-tetradei sunt reprezentate de (20, 21, 22):

- consolidarea suportului şi resurselor pentru homeostazie, alostază şi mecanismele adaptative;
- creşterea rezistenței şi stabilității sistemice, de la nivel molecular la nivel de organism;
- asigurarea protecției multi-nivel, împotriva riscurilor şi pericolelor (25);
- descreşterea uzurii, curățarea deşeurilor macromolecular-subcelulare prin lipofuscino-/ceroido-liză şi eliminarea lipopigmenților prelucrați (18, 25, 26);
- realizarea protecției active împotriva atacurilor radicalilor liberi şi anti-stres oxidativ, simultan cu creşterea apărării anti-oxidative (18, 27);
- mărirea plasticității şi a capacităților de reparare şi regenerative (16, 21);
- întărirea protecției şi stabilității genomului, inducerea imunomodulării;
- promovarea sănătății (mintală, biologică şi stil de viață), îmbunătățirea calității vieții, realizarea longevității sănătoase (24, 30).

Cercetările şi evaluările multiaxiale complexe (pentru diagnosticul severității şi consecințelor) fiecărei verigi (proces) din această tetradă-cascadă etio-patogenică conduc la formularea şi dezvoltarea noilor strategii eficiente profilactice, terapeutice şi de recuperare, precum şi la un mai bun control şi management al stresului - uzurii - îmbătrânirii - polipatologiei.

**Diagnostic global şi tratament holistic**

Noua abordare diagnostic-tratament prin prisma tetradei-cascadă disstres → uzură → îmbătrânire → polipatologie este reprezentată de diagnosticul global şi tratamentul holistic (32, 33). Aplicarea lor va avea efecte imediate asupra sanogenezei individului şi va conduce în viitorul apropiat la creşterea eficienței şi diminuarea costurilor asistenței şi tratamentelor medicale.

www.dacoromanica.ro

**Perspective în managementul sanogenezei umane şi al prolongevităţii**

Datorită progreselor civilizaţiei, dar şi părţilor ei negative, promovarea sănătăţii umane (biologice ⇔ mintale), prevenirea bolilor şi inducerea prolongevităţii şi-au schimbat configuraţia, dinamica, procedurile actuale şi de perspectivă.

Ca strategii viitoare, alături de promovarea sănătăţii mediului înconjurător şi ecologiei, susţinerea sanogenezei individului va trebui să ia în considerare şi noua paradigmă bio-medicală - terapeutică: disstres → uzură → îmbătrânire → polipatologie.

**Bibliografie selectivă**


1. Burns, A., Lawlor, B., Craig, S. (eds.), *Assessment Scales in Old Age Psychiatr.*, Martin Dunitz, London, GB, 1999.
2. Chrousos, G. P., McCarty, R., Pacak, K. et al (eds.), *Stress - Basic Mechanisms and Clinical Implication,* Ann. New York Acad. Sci., vol 771, New York Academy of Sciences, New York, NY, 1995.
3. Cooper, C. (ed.), *Handbook of Stress, Medicine, and Health,* CRC Press, Boca Raton, FL, 1996.
4. Cooper, E. L., *Stress, Immunity, and Aging,* M. Dekker, New York, NY, 1984.
5. Cornuţiu, G. (ed.), *Al 2-lea Congres Naţional de Psihiatrie Tulburările nevrotice în actuala dinamică a factorilor de stres*, Volum lucrări. Capitolul IV. Vulnerabilitate: 213-291, Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 2003.
6. Cutler, R. G., Rodriguez, H. (eds.), *Critical Reviews of Oxidative Stress and Aging. Advances in Basic Science, Diagnostics and Intervention, vol. 1,* World Scientific, River Edge, NJ, 2003.
7. Cutler, R. G., Rodriguez, H. (eds.), *Critical Reviews of Oxidative Stress and Aging. Advances in Basic Science, Diagnostics and Intervention, vol. 2,* World Scientific, River Edge, NJ, 2003.
8. Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A., *Stresul în sănătate şi boală. De la teorie la practică,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992.
9. Derevenco, P., Romanian scientific progress in international stress research and stress-aging medicine, *Fiziologia-Physiology,* 16: 9-14, 2006.
10. Finch, C. E., Variations in senescence and longevity include the possibility of negligible senescence, *J. Gerontol. Biol. Sci.,* 53A: B235-B239, 1998.
11. Harman, D., Free radical theory of aging: current status, pp. 3-21. In: I. Zs.-Nagy (ed.), *Lipofuscin - 1987: State of the Art,* Académiai Kiadó and Elsevier, Budapest and Amsterdam, 1988.
12. Harman, D., Free radicals and age-related diseases, pp. 205-222. In: B. P. YU (ed.), *Free Radicals in Aging,* CRC Press, Boca Raton, FL, 1993.
13. Harman, D., Free radical theory of aging and disease, *Fiziologia-Physiology,* 14: 4-6, 2004.


www.dacoromanica.ro

14. Klatz, R., Goldman, R. (eds.), *The New Anti-Aging Revolution,* Basic Health Publ., North Bergen, NJ, 2003.
15. Muller, D. P. R., Gross-Sampson, M. A., MacEvilly, C. J., Antioxidant deficiency and neurological disease in human and experimental animals, pp. 62-73. In: L. Packer, L. Prilipco, Y. Christen (eds.), *Free Radicals in the Brain. Aging, Neurological and Mental Disorders,* Springer, Berlin, 1992.
16. Riga, D., Riga, S., Mărirea vitalităţii creierului, factor în promovarea stării de sănătate mintală, *Revista Sanitară Militară,* 82: 421-431, 1979.
17. Riga, D., Riga, S., A neuro-psycho-biological marker for stress and vulnerability, Abstracts, p. 17, *3rd International Congress on Clinical Psychopathology,* Timişoara, April 3-5, 1992.
18. Riga, D., Riga, S., Brain lipofuscinolysis and ceroidolysis - to be or not to be. *Gerontology.*, 41(S2): 271-281, 1995.
19. Riga, D., Riga, S., Stres, stres oxidativ, îmbătrânire şi patologie neuro-psihică, pp. 211-225. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală, vol. I,* Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
20. Riga, D., SENS acquires SENSe: present and future anti-aging strategies, *J. Anti-Aging Med.*, 6: 231-236, 2003.
21. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Regenerative medicine: Antagonic-Stress® therapy in distress and aging. I. Preclinical synthesis - 2003, pp. 396-400. In: A. D. N. J. de Grey (ed.), *Strategies for Engineered Negligible Senescence. Why Genuine Control of Aging May Be Foreseeable,* Ann. New York Acad. Sci., vol. 1019, New York Academy of Sciences, New York, NY, 2004.
22. Riga, S., Riga, D., Schneider, F., Prolongevity medicine: Antagonic-Stress® drug in distress, geriatrics and related diseases. II. Clinical review - 2003, pp. 401-405. In: A. D. N. J. de Grey (ed.), *Strategies for Engineered Negligible Senescence. Why Genuine Control of Aging May Be Foreseeable,* Ann. New York Acad. Sci., vol. 1019, New York Academy of Sciences, New York, NY, 2004.
23. Riga, S., Riga, D. (eds.), Stresul şi societatea modernă, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11: 1-62, 2004.
24. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Vulnerabilitate, stres şi îmbătrânire: dimensiunea antropologică a stresului în senescenţă, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11: 35-44, 2004.
25. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Prelipceanu, D., Mihailescu, R, Protective and cerebral activating therapies with anti-stress, anti-impairment and anti-aging actions, pp. 64-69. In: E. Sorel, D. Prelipceanu (eds.), *Images of Psychiatry - Romania. 21st Century Romanian Psychiatry,* Ed. Infomedica, Bucureşti, RO, 2004.
26. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Romanian priorities in the biology of stress and regenerative medicine, pp. 69-75. In: E. Sorel, D. Prelipceanu (eds.), *Images of Psychiatry - Romania. 21st Century Romanian Psychiatry,* Ed. Infomedica, Bucureşti, RO, 2004.

www.dacoromanica.ro

27. Riga, S., Riga, D., Prelipceanu, D., Mihailescu, R., Schneider, F., Romanian priorities in stress therapy and prolongevity medicine, pp. 75-81. In: E. Sorel, D. Prelipceanu (eds.), *Images of Psychiatry - Romania. 21st Century Romanian Psychiatry,* Ed. Infomedica, Bucureşti, RO, 2004.
28. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Vulnerabilitatea biologică: premiză şi parte componentă a vulnerabilităţii neuro-psihice, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 12: 13-23, 2005.
29. Riga, D., Riga, S., Mihailescu, R., Etio-pathologic patterns of stress-aging medicine in neuro-psycho-geriatrics, *International Conference of Gerontology,* Arad, RO, Sept. 15-16, 2006, Abstract Book, p. 41, 2006.
30. Riga, S., Riga, D., Mihailescu, R., Synergistic simultaneous anti-stress and anti-aging strategies in geronto-prophylaxis and healthy longevity, *International Conference of Gerontology,* Arad, RO, Sept. 15-16, 2006, Abstract Book, p. 41-42, 2006.
31. Riga, D., Riga, S., Hălălău, F., Schneider, F., Lipofuscin and ceroid pigments - markers of normal and pathological brain aging, pp. 213-222. In: R. Klatz, R. Goldman (eds.), *Anti-Aging Therapeutics,* vol. 8, American Academy of Anti-Aging Medicine, Chicago, IL, 2006.
32. Riga, D., Riga, S., O nouă paradigmă în medicină şi psihiatrie: tetrada disstres → uzură → îmbătrânire → polipatologie, pp. 31-75. In: G. Cornuţiu, D. Marinescu (eds.), *Orientări şi perspective în gândirea psihiatrică românească actuală,* vol. 1, Ed. Universităţii din Oradea, Oradea, 2007.
33. Riga, D., Riga, S., *Medicina anti-îmbătrânire şi ştiinţele longevităţii,* Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, 2007.
34. Sapolsky, R. M., Krey, L. C., McEwen, B. S., Corticosterone receptors decline in a site-specific manner in the aged rat brain, *Brain Res.,* 289: 235-240, 1983.
35. Sapolsky, R. M., Krey, L. C., McEwen, B. S., Prolonged glucocorticoid exposure reduced hippocampal neuron number: implication for aging, *J. Neurosci.,* 5: 1222-1227, 1985.
36. Sapolsky, R. M., Krey, L. C., McEwen, B. S., The neuroendocrinology of stress and aging: the glucocorticoid cascade hypothesis, *Endocr. Rev.,* 7: 284-301, 1986.
37. Sapolsky, R. M., Packan, D., Vale, W., Glucocorticoid toxicity in the hippocampus: in vitro demonstration, *Brain Res.,* 453: 367, 1988.
38. Selye, H., The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation, *J. Clin. Endocrinol.,* 6: 117-230, 1946.
39. Selye, H., Stress and aging., *J. Am. Geriatr. Soc.,* 18: 669-680, 1970.
40. Selye, H., The evolution of the stress concept, *American Scientist,* 61: 692-699, 1973.
41. Selye, H., Tuchweber, B., Stress in relation to aging and disease, pp. 557-573. In: A. V. Everitt, J. A. Burgess (eds.), *Hypothalamus, Pituitary and Aging,* CC Thomas, Springfield, IL, 1976.

www.dacoromanica.ro

42. Shader, R. I., Harmatz, J. S., Salzman, C., A new scale for clinical assessment in geriatric populations: Sandoz Clinical Assessment-Geriatric (SCAG), *J. Am. Geriatr. Soc.*, 22: 107-113, 1974.
43. Slater, T. F., Block, G., Antioxidant vitamins and ß-carotene in disease prevention, *Am. J. Clin. Nutr.*, 53(S): 189S-396S, 1991.
44. Wheatley, D., The Wheatley stress profile, *Stress Med.*, 9: 5-9, 1993.
45. Wheatley, D., Stress, anxiety and depression, *Stress Med.*, 13: 173-177, 1997.
46. Yesavage, J. A., Adey, M., Werner, P. D., Development of a geriatric behavioural self-assessment scale, *J. Am. Geriatr. Soc.*, 29: 285-288, 1981.

www.dacoromanica.ro

## Partea III - SĂNĂTATE MINTALĂ

Capitolul 1. **Sănătate mintală ca dimensiune a sănătății**

Capitolul 2. **Sănătatea mintală în societatea modernă**

Capitolul 3. **Sănătatea mintală şi sănătatea publică**

Capitolul 4. **Evaluarea sănătății, sănătății mintale şi longevității**

Capitolul 5. **Dezvoltarea şi consolidarea sănătății mintale**

Capitolul 6. **Sănătate mintală, adaptare anti-stres şi longevitate (perspectivă antropologică şi bio-psiho-socială)**

Capitolul 7. **Terapii moderne de adaptare şi activare anti-stres (oxidativ şi biologic)**

www.dacoromanica.ro

## Capitolul 1. SĂNĂTATEA MINTALĂ CA DIMENSIUNE A SĂNĂTĂȚII

### ① Abordări, definiții și conepte

*Sapere aude!*
*Incipe! Vivendi qui recte prorogat horam,*
*Rusticus exspectat dum defluat amnis; at ille*
*Labitur et labetur in omne volubilis aevum.*

*Îndrăznește să fii înțelept!*
*Hai, începe! Cel care tot amână clipa vieţuirii corecte*
*Așteaptă ca un țăran până să se scurgă râul (de tot); dar râul*
*Curge și va curge-n tot veacul, mereu mișcător.*

**Quintus Flaccus Horatius** (65-8 î.d.Hr.), *Epistolae* 1, 2, 40-43,
poet roman, fiu al unui sclav eliberat,
protejat al împăratului Augustus prin intermediul lui Mecena.

*Legea OMS / WHO a asistenței de sănătate mintală:*
*cele zece principii fundamentale*

| *Nivelul geografic* | *Principiul de bază al WHO / OMS* |
|---|---|
| *Țară / Regional* | *1. Promovarea sănătății mintale și prevenția tulburărilor mintale*<br>*2. Respectarea legilor* |
| *L o c a l* | *3. Accesul la asistența esențială de sănătate mintală*<br>*4. Disponibilitatea procedurilor de revizie / apel*<br>*5. Mecanism automat de reevaluare (revizie) periodică*<br>*6. Decident calificat* |
| *P a c i e n t* | *7. Evaluarea sănătății mintale în concordanță cu principiile acceptate internațional*<br>*8. Furnizarea alternativei celei mai puțin restrictive (de asistență)*<br>*9. Auto-determinare*<br>*10. Dreptul de a fi asistat în exercitarea auto-determinării* |

**World Health Organization,** *Mental Health Law: Ten Basic Principles,*
WHO, Geneva, 1996.

www.dacoromanica.ro

*Personality factors such as individual vulnerability for stress, coping resources, and social network, especially the type and quality of support received, are of great importance for individual well-being and mental health.*

**H. Häfner, G. Moschel, N. Sartorius (eds.),**
*Mental Health in the Elderly. A Review of the Present State of Research,* Springer, Berlin, 1986.

*Psihiatrii, spre deosebire de sociologi, par să nu fie, în general, conştienţi de existenţa şi importanţa atributelor populaţionale ale sănătăţii mintale, preocupându-se doar de indivizii bolnavi.*

**G. Rose,** Mental disorder and the strategies of prevention,
*Psychological Medicine,* 23: 553-555, 1993.

*Stresul şi sănătatea mintală. Incidenţa tulburărilor psihice şi fiziologice - panică sau comportament obsesiv - creşte o dată cu prelungirea perioadei de stres.*

*Îngrijorarea atinge un nivel ridicat şi provoacă teamă şi senzaţii fizice atât de dureroase, încât se pot confunda cu o criză cardiacă.*

*Cei aflaţi sub stres prelungit sunt mai expuşi la comportament iraţional, schimbări în starea de spirit, fobii şi momente de depresie, furie şi iritare.*

**T. Hindle,** *Essential Managers. Reducind Stress,*
Dorling Kindersley, London, 1998.

*... este extrem de util să privim drumul de la sănătatea mintală la boala psihică ca pe un continuum: pot fi astfel distinse trei mari arii.*

*Prima, include tulburările psihice de nucleu;*

*a doua, problemele psihologice ce duc la disconfort emoţional semnificativ legate de evenimentele de viaţă stresante; iar*

*a treia implică acele condiţii care urmăresc întărirea potenţialului individual şi dezvoltarea personalităţii.*

**S. Bloch, P. Chodoff,** *Psychiatric Ethics,* 2nd ed.,
Oxford University Press, New York, NY, 1991.

www.dacoromanica.ro

## Capitolul 2. SĂNĂTATEA MINTALĂ ÎN SOCIETATEA MODERNĂ

*Homo homini lupus (Omul este lup pentru om).*

**Plautus,** *Asinaria,*
**Titus Maccius Plautus**
(aprox. 254 î.d.Hr.-aprox. 184 î.d.Hr.),
poet comic latin.

*Mens homini discendo alitur et cogitando*
*(Mintea omului se hrăneşte învăţând şi gândind).*

**Aforism latin.**

*Do not fear death so much, but rather the inadequate life.*

**Bertolt Brecht** (1898-1956),
*Mutter Courage und ihre Kinder* (1939),
poet, dramaturg şi regizor german.

*The relationship we have with the world are largely determined by the relationships we have with ourselves.*

**Greg Anderson** (n. 1966).

### ① Sănătatea mintală ca problemă globală

Pentru societatea contemporană, sănătatea mintală (SM) reprezintă în prezent un important sector cu o pondere în continuă extindere (4):
- atât în sănătatea publică, medicina (psiho)socială, sănătatea comunitară (12),
- cât şi în medicina preventivă (profilactică), stresologie (9, 10), medicina de familie, generală şi a longevităţii (11).

În plus, trebuie evidenţiată politica internaţională comună de organizare / management la nivel global → regional → naţional a SM (ca versant sanogenetic) şi a stresului (de la individ → la cel societal), (v. partea I - Stresologie), (7, 8).

Astfel, politicile de SM sunt realizate şi aplicate la nivel internaţional prin cele 4 (patru) organisme specializate ale ONU pentru:
- sănătate şi medicină - World Health Organization (WHO);
- copii - United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF);
- muncă (serviciu) - International Labor Office (ILO);
- educaţie, ştiinţă şi cultură - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO).

La cele 4 (patru) organizaţii internaţionale se adaugă structurile - resursele - programele specializate în domeniu: asociaţii / organizaţii, institute / centre, congrese / conferinţe, tratate / monografii şi reviste ştiinţifice - selecţie -

www.dacoromanica.ro

- asociaţii şi organizaţii:
  - Federaţia Mondială pentru Sănătate Mintală
  - Mental Health Services (MHS)
  - Mental Health Europe (MHE), 1985
  - Comitetul European pentru Sănătate Mintală al WHO / OMS
  - Mental Health Foundation (MHF)
- cooperare, studii, programe şi congrese:
  - Promotion of Mental Health on the European Agenda, Stakes, FI, 1999
  - MHS, There's no Health without Mental Health, Sydney, AU, 2002
  - 18th Annual U.S. Psychiatric and Mental Health Congress, Las Vegas, NV, 2005
- institute şi centre:
  - WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health: Cali, Columbia; Abeokuta, Nigeria etc.
  - National Institute for Mental Health (NIMH), Bethesda, MD, USA
  - Bazelon Center for Mental Health Law, Washington, DC, USA
  - Central Institute of Mental Health, Mannheim, DE
  - Sainsbury Centre for Mental Health, London, GB
- reviste ştiinţifice:
  - American Journal of Orthopsychiatry
  - Community Mental Health Journal
  - International Journal of Mental Health
  - Journal of Mental Health
  - Mental Health Reform
- tratate şi monografii:
  - The History and Politics of Community Mental Health, Oxford Univ. Press, London, 1981
  - The Politics of Mental Health, Macmillan, London, 1985
  - Mental Health in the Elderly. A Review of the Present State of Research, Springer, Berlin, 1986
  - Toward a Model Plan for a Comprehensive Community - Based of Mental Health System, NIMH, Washington, DC, 1987
  - Work, Unemployment and Mental Health, Oxford Univ. Press, Oxford, 1987
  - Behavioural and Mental Health Research: A Handbook of Skills and Methods, Lawrence Erlbaum Assoc., London, 1989
  - The Future of Mental Health Service Research, NIMH, Washington, DC, 1989
  - Measuring Mental Health Needs, Gaskell Press, London, 1992
  - Community Mental Health. Principles and Practice, 3rd ed., Norton, New York, NY, 1994
  - World Mental Health. Problems and Priorities in Law - Income Countries, Oxford Univ. Press, Oxford, 1995
  - Mental Health Outcame Measures, Springer, Heidelberg, 1996
  - Quality of Life and Mental Health Services, Routledge, 1996
  - Mental Health Services Evaluation, Cambridge Univ. Press, Cambridge, 1996
  - Integrated Mental Health Services, Oxford Univ. Press, Oxford, 1996
  - Mental Health in Our Future Cities, Psychological Press, London, 1998
  - Managing Mental Health Services, Taylor & Francis, London, 1999.

www.dacoromanica.ro

② **Organizația mondială a sănătății (WHO / OMS)**

Încă din anul **1972, Organizația Mondială a Sănătății - Departamentul de SM,** Biroul Regional pentru Europa - a realizat un amplu studiu multinațional cu tema: **„Serviciile de SM în Europa"**, care peste 10 ani a fost dezvoltat într-un nou studiu: **„Serviciile de SM în Europa - 10 ani mai târziu" (1982).**

În anul **1981,** WHO Geneva publică studiul **„Social Dimension of Mental Health"**, evidențiind coordonatele și implicit resposabilitatea societală în SM.

În anii **1985** (1st ed.) și **1986** (2nd ed.) **WHO - Regional Office for Europe (Copenhagen)** a publicat Strategia de sănătate publică **Targets for health for all 2000 (Targets in the Support of the European Regional Strategy for Health for All).** Capitolul 4 **Life styles conductive to health,** specifică în cadrul obiectivului - țintei 16 **(Target 16) Promoting healthy behaviour / Positive health behaviour** direcția de acțiune **Stress management** (16).

Strategia OMS în plan profilactic a fost redefinită în anul **1988** prin **„Programul de profilaxie a tulburărilor mintale, psihosociale și neurologice"**, OMS - Programul european, a 38-a Sesiune, Copenhaga. Disstresul, stilul de viață, factorii de risc, patologia stres-dependentă și segmentele populaționale vulnerabile la disstresul acut și/sau cronic (copii și bătrâni) reprezintă problemele majore în cadrul elaborării strategiei europene.

În anul **1995, OMS** a publicat la Geneva Programul OMS de perspectivă **„Îmbătrânirea și sănătatea"**, deoarece vârstnicii (vârsta a treia: 65-84 ani și vârsta a patra: 85 ani și peste) reprezintă atât o categorie vulnerabilă la stres, o populație cu capacitatea de adaptare (anti-stres) scăzută, cât și un segment cu rezerve, resurse psiho-neuro-biologice în mare parte epuizate.

În **Raportul „Starea de Sănătate Mintală în lume"**, prezentat la Al 10-lea Congres Mondial de Psihiatrie, Madrid, Spania, **1996** de către Directorul General al OMS - Prof. Dr. Hiroshi Nakajima s-a evidențiat rolul patogenetic al stresului, bolilor stilului de viață, tulburărilor de adaptare, patologiei stres-dependente, tulburărilor nevrotice, anxioase, neurastenice și bolilor psihosomatice.

Tot în anul **1996,** WHO - Regional Office for Europe, Copenhagen, a realizat o cercetare europeană de evaluare multinațională - **Pilot Studies of Mental Health Services in some European Regions** (17): sunt analizate politicile / reformele în sănătatea mintală și sunt evidențiate programatic avantajele utilizării sporite a resurselor (serviciilor) comunitare.

De asemenea, în anul **1996** WHO / OMS publică 2 (două) documente definitorii pentru prezentul și viitorul imediat al SM în lume:

- **Mental Health Law: Ten Basic Principles,** WHO, Division of Mental Health, Geneva, **1996;**
- **Public Mental Health: Guidelines for the Elaboration and Management of National Mental Health Programmes,** WHO, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva, **1996.**

www.dacoromanica.ro

În anul **1997,** WHO / OMS - Comitetul Regional European a elaborat **Programul „Sănătate pentru toți în secolul 21",** unde SM reprezintă un capitol separat (obiectivul 12). Sunt definite politicile care trebuie adoptate pentru îmbunătățirea SM la nivelul continentului european (18).

Programul fixează ca standard european pentru 2021 dezvoltarea serviciilor în domeniu şi ameliorarea semnificativă a SM. Elocvent este faptul că ultimele 2 obiective se referă la SM - calitatea vieții - psihiatrie - servicii medicale, în timp ce primele 2 obiective sunt orientate profilactic - sanogenetic - educațional - adaptațional în legătură directă cu stresul (şi vulnerabilitatea):

- promovarea SM de-a lungul întregii vieți (cu perioadele caracteristice / ciclurile vieții de vulnerabilitate la stres) şi
- îmbunătățirea mediului, reducrerea factorilor de risc (disstres) şi mărirea capacității de adaptare (anti-stres) în vederea depăşirii situațiilor şi evenimentelor stresante.

Pentru a sublinia prioritatea SM în societatea modernă, OMS a desemnat anul **2001 Anul Sănătății Mintale** şi a consacrat pe 7 aprilie **2001 Ziua Mondială a Sănătății.**

Adunarea Generală a WHO / OMS din mai **2001** şi World Health Report din iunie **2001** au analizat **în exclusivitate** SM şi deci implicit stresul ca factor major de perturbare a sănătății mintale, sănătății publice, sănătății comunitare.

Tot WHO / OMS a hotărât ca anual ziua de 10 octombrie să fie desemnată **Ziua Mondială a SM.**

În iunie **2004,** WHO / OMS - Biroul regional pentru Europa (Coordonator al Programului de Sănătate Mintală Dr. Matt Muijen, MD, PhD) - a organizat la Moscova (Federația Rusă) o **Conferință internațională** (Preşedinte Prof. Dr. Valery Krasnov) cu tema: **„Stresul societal şi sănătatea mintală",** marcând interrelația indisolubilă dintre cele 2 procese, cât şi alerta provocată de stresul societal datorită fenomenelor de tranziție în țările est-europene, Rusia şi țările din CSI - Comunitatea Statelor Independente (19).

Raportate la standardele şi exigențele procesului de europenizare, la transformările rapide, recuperarea decalajelor, nivel de trai mai scăzut, conflicte, şomaj, migrație etc. aceste țări constituie zonele şi populația vulnerabilă la stres, comparativ cu țările vest-europene.

S-au analizat factorii cauzali care provoacă stresul societal (extinderea fenomenului de stres la nivelul întregii societăți), efectele - consecințele şi măsurile de prevenire. S-a avut în vedere stabilirea unei strategii europene pentru elaborarea politicilor de SM la nivelul Europei contemporane şi Rusiei, în secolul 21.

Din **1995,** WHO / OMS publică anual un document global de referință - World Health Report. **WHO - World Health Report 2007 - A safer future: global public health security in the 21st century** marchează o cotitură în siguranța globală a sănătății publice, reprezentând unul din cele mai mari progrese în domeniu.

www.dacoromanica.ro

**③ Uniunea Europeană (UE)**

La nivel regional, **Uniunea Europeană - Comisia, Parlamentul şi Consiliul Europei** - au evidenţiat importanţa SM pentru societatea europeană.

Politicile de sănătate şi de SM din ţările UE se desfăşoară în baza unor concepte societale şi modele organizaţionale unitare.

Astfel, Tratatul Statelor Uniunii Europene în Articolul 129 postulează că SM (incluzând implicit şi stresul) constituie o problematică esenţială pentru statele membre, iar evaluarea şi promovarea ei necesită dezvoltarea cooperării, care este politica esenţială a Comunităţii Europene.

Repere ale UE în organizarea, evaluarea şi promovarea SM ca politică de sănătate publică regională şi naţională - selecţie:

- **1985** - crearea **Mental Health Europe,** ca organ coordonator în elaborarea, promovarea şi protejarea SM în spaţiul european;
- **2000** - înfiinţarea **Comitetului European pentru SM,** care a adoptat la Stockholm **Programul european de SM;**
  sunt stabilite strategiile, priorităţile, organizarea şi resursele în domeniu, iar „mortalitatea prematură legată de stres" reprezintă o direcţie separată de intervenţie (15);
  - crearea **European Network on Mental Health Policy** şi **European Network on Mental Health Promotion,** pentru supravegherea şi promovarea SM în UE (14);
- **2004** - Comisia Europeană şi **Fundaţia Europeană pentru îmbunătăţirea condiţiilor de viaţă şi de muncă** efectuează un studiu comparativ în ţările membre ale UE, cât şi în cele 13 ţări care vor adera la UE;
- **2006** - Studiul **Europe Health Survery,** analizează comparativ în 15 ţări europene stresul şi sănătatea mintală.
- **2007** - Comisia UE dezbate **EU - Public Health Programme year 2007** (http://ec.europa.eu/health/index_en.htm; "WHO-Europe"<mental-health@cec.eu.int>), stabilind **EU mental health strategy:**
  - promovarea SM
  - abordări integrative ale stilurilor de viaţă
  - dezvoltarea pozitivă în SM
  - balanţa viaţă (familie, societate) / loc de muncă (serviciu)
  - prevenţia tulburărilor mintale la locul de muncă
  - etc.

www.dacoromanica.ro

## ④ România

### Tranziție, stres și sănătate mintală

**România** este din **1990** o țară în tranziție, restructurare și reformare, cu schimbări majore și accelerate în toate domeniile de activitate, inclusiv în viața oamenilor. Comparativ cu țările vest-europene, țări dezvoltate economic, care au în consecință un nivel de trai ridicat, tranziția în România se confruntă obiectiv cu amenințări semnificativ mai mari și multiple (comparativ cu media europeană).

Suprasaturarea timp de cca 12 ani cu factori de stres a societății românești reprezintă în fapt creșterea și agravarea stresului societal: declin economic, creșterea șomajului, scăderea nivelului de trai etc. la care se adaugă în plan medico-social deteriorarea generală a stării de sănătate a populației, reducerea natalității / îmbătrânirea demografică, migrarea forței de muncă în străinătate etc. cu scăderea SM la nivel populațional: expansiunea comportamentelor agresive și violente, mărirea alarmantă a abuzurilor și dependențelor de substanțe psihoactive, inclusiv alcoolismul, tabagismul și consumul de droguri, creșterea ratei suicidului etc.

Integrarea României în NATO - Alianța Nord Atlantică (**2004**) și UE - Uniunea Europeană (**2007**) reprezintă un efort / costuri în toate sectoarele societății pentru progres, modernizare, performanță și alinierea la standardele, competitivitatea și productivitatea vest-europeană. Eforturile, costurile și consecințele lor încarcă în plus „factura" negativă a stresului societal.

Dinamica antagonică stres societal ⇔ SM se regăsește în toate țările, cu deosebire că în țările dezvoltate, datorită unor resurse mai mari și unei experiențe mai îndelungate, stresul societal este mai bine controlat (scăzut), iar SM este mai bine promovată (susținută).

Studiul din **2000** al **Fundației Europeane pentru îmbunătățirea condițiilor de viață și de muncă** arată că **românii** și bulgarii (ca cetățenii cei mai săraci ai UE) sunt și cei mai stresați la serviciu, au cele mai multe necazuri în familie, își pierd prietenii datorită muncii excesive, au cele mai multe frustrări și au dorința cea mai mare de a emigra.

Astfel, 59,1% dintre românii care au o slujbă sunt stresați sistematic, iar 23% dintre ei au probleme cu familia și prietenii datorită muncii. Referitor la nivelul privării de bunuri considerate esențiale în țările UE, românilor le lipsesc în medie 2,9 din cele 7 bunuri, clasându-se pe ultimul loc.

În plus, românii (alături de bulgari) sunt cei mai nemulțumiți dintre europeni privind condițiile de viață (nivelul de trai).

În statele UE gradul de satisfacție depășește 85%, în timp ce la români este sub jumătate, adică doar 42%. Cele mai mari frustrări ale românilor privesc sistemul de sănătate (nemulțumiți 77%) și veniturile (nemulțumiți 73%). De aceea, 5% dintre români (și bulgari) au tendința de a emigra: 2% sunt fermi în această hotărâre, iar potențialii emigranți ajung la 10%.

www.dacoromanica.ro

Studiul din **2006 Europe Health Survery**, care analizează comparativ în 15 ţări europene stresul şi sănătatea (mintală, psihosomatică şi somatică), relevă că peste 50% dintre **români** apreciază stresul ca principala problemă de sănătate.

**Politica de sănătate mintală, instituţionalizare şi organizare**

După **1990**, progresele rapide în ştiinţă, medicină, tehnologie şi informaţie sunt „asimilate" de societate şi generalizate / implementate la nivel global (mondializare) prin politici de restructurare / reforme în toate planurile economico-sociale care includ firesc şi sănătatea publică, deci implicit şi SM. De aceea, *dacă o problemă de ordin medical devine o problemă de sănătate publică, atunci ea reclamă cu necesitate un cadru administrativ - legislativ, precum şi resurse financiare specifice* (2).

După anul **2000,** România a „comutat" tranziţia în reforme, modernizare, dezvoltare şi s-a integrat activ în progresul societal, european şi global.

Politica de sănătate publică / SM, de instituţionalizare şi organizare a înregistrat „mutaţii" importante şi definitorii - selecţie -

- 1990 - se înfiinţează **Liga Română pentru Sănătate Mintală (LRSM):** organizaţie neguvernamentală, acţionează în baza conceptului *O lume sănătoasă într-o minte sănătoasă* (13);
- 1994 - apare **Revista Română de Sănătate Mintală:** periodic de specialitate, structurat tematic din 1996, consacră stresului ca problemă de sănătate publică şi SM 2 numere individuale -
  - vol. 4, nr. 1 **(Stresul)**, pp. 1-56, **1997** şi
  - vol. 11, nr. 1 **(Stresul şi societatea modernă)**, pp. 1-68, **2004;**
- 1998 - este publicată **Legea nr. 100** privind **Asistenţa de sănătate publică** (Monitorul Oficial, partea I, an 10, nr. 204, pp. 1-7, 1 iunie 1998): care are parte integrantă **"Programul naţional de SM şi profilaxie în patologia psihiatrică şi psihosocială" (Programul naţional nr. 13);**
- 2000 - este editat primul **Tratat de Sănătate Mintală**, vol. 1, 648 pp., Ed. Enciclopedică, Bucureşti, **2000**, ISBN 973-45-0324-3 (5): unde
  - **stresul**, patologia **stres-dependentă** şi terapiile **anti-stres** cuprind 3 capitole (90 pp.), iar
  - **sănătatea mintală** tratată explicit cuprinde 2 secţiuni, cu 8 capitole (185 pp.);
- 2002 - este publicată **Legea nr. 487** - privind **Sănătătea mintală şi protecţia persoanelor cu tulburări psihice** (Monitorul Oficial, partea I, an 14, nr. 589, pp. 1 - 7, 8 august 2002): supervizată anterior de WHO / OMS, legea se aliniază la standardele internaţionale în domeniul SM şi a fost premiată de Asociaţia Psihiatrică Română (3, 5);
- 2006 - este publicată ***Legea nr. 95*** privind ***Reforma în domeniul sănătăţii*** - cuprinzând 17 legi pentru *Sănătatea publică, Programele naţionale de sănătate, Asistenţa medicală primară, Asistenţa medicală comunitară, Spitalele, Asigurările sociale de sănătate, Cadrul european şi cadrul naţional de asigurări sociale de sănătate, Înfiinţarea, organizarea şi funcţionarea Şcolii Naţionale de Sănătate Publică şi Management Sanitar etc.*

www.dacoromanica.ro

(Monitorul Oficial, partea I, an 18, nr. 372, pp. 1 - 118, 28 aprilie 2006): reprezintă strategia unitară a reformei sănătății în România (1);
- se crează **Comitetul Intersectorial de Coordonare în Sănătatea Mintală (CICSM):** organ consultativ pe lângă Ministerul Sănătății Publice, pentru promovarea şi reforma SM;
- se elaborează ***Planul Național de Acțiune pentru Implementarea Strategiei de Sănătate Mintală,*** de către Ministerul Sănătății Publice;
- se înființează **Centrul Național de Sănătate Mintală** - CNSM (Ordinul MSP nr. 373 / 2006): destinat realizării reformei în SM prin coordonarea **Centrelor de SM** din țară;

- 2007 - **Şcoala Națională de Sănătate Publică şi Management Sanitar** (SNSPMS) - **CNSM** şi **UNICEF** (United Nations International Children's Emergency Fund) derulează Programul **„Dezvoltarea serviciilor de SM pentru copii cu vârsta de 0-7 ani":**
  cf. WHO /OMS 1 din 5 copii are o problemă de SM;
  - **SNSPMS - CNSM** derulează Programul de SM **„Inițiativă pentru calitate"** destinat modernizării serviciilor de psihiatrie din 9 spitale:
  *Sănătatea mintală este o prioritate a Guvernului din punct de vedere medical, social şi politic (Ministrul Sănătății),* deoarece o problemă de SM poate să apară la 30% din populație;
- 2008 - **„Psihiatrie şi Sănătate Mintată"** este tema celui de **Al 3-lea Congres Național de Psihiatrie cu participare internațională,** Bucureşti, 1-4 octombrie 2008.

**Bibliografie selectivă**


1. Legea nr. 95 / 2006 - Legea privind reforma în domeniul sănătății, *Monitorul Oficial al României,* Partea I, an 18, nr. 372, pp. 1-118, 28 aprilie 2006.
2. Mihailescu R., Reforma în psihiatria românească: dimensiunea conflictuală, *Revista Română de Psihiatrie,* 1(1): 24-25, 1999.
3. Mihailescu R., Sănătatea mintală ca problemă de sănătate publică: reforme şi planuri naționale, pp. 601-616. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
4. Mironţov-Tuculescu, V., Predescu, V., Oancea, C., *Sănătatea mintală în lumea contemporană,* Ed. Medicală, Bucureşti, 1986.
5. Prelipceanu, D., Mihailescu R., Teodorescu R. (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
6. Prelipceanu, D., Promulgarea legii sănătății mintale, *Revista Română de Psihiatrie,* 4(1-2): 1-2, 2002.
7. Riga, S., Riga, D., Cercetarea internațională în domeniul stresului, în condițiile globalizării fenomenului, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 4(1): 31-33, 1997.


www.dacoromanica.ro

8. Riga, S., Riga, D. (eds.), Stresul şi societatea modernă, *Revista Română de Sănătate Mintală*, 11: 1-62, 2004.
9. Riga, D., Riga, S., Mihailescu, R., Etio-pathologic patterns of stress-aging medicine in neuro-psycho-geriatrics, pp. 265-272.In: F. A. Schneider, D. M. Podea, P. D. Nanu (eds.), *Gerontology Today*, Ed. Viaţa Medicală Românească, Bucureşti, RO, 2007.
10. Riga, S., Riga, D. Mihailescu, R., Synergistic simultaneous anti-stress and anti-aging strategies in geronto-prophylaxis and healthy longevity, pp. 108-116. In: F. A. Schneider, D. M. Podea, P. D. Nanu (eds.), *Gerontology Today*, Ed. Viaţa Medicală Românească, Bucureşti, RO, 2007,
11. Riga, D., Riga, S., *Medicina anti-îmbătrânire şi ştiinţele longevităţii*, Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, 2007.
12. Thornicroft, G., Tanasella, M., *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*, Cambridge University Press, New York, NY, 1999.
13. Tudorache, B., Asociaţiile naţionale de sănătate mintală şi rolul lor în „gestionarea" procesului de schimbare profesională în domeniul sănătăţii mintale, *Revista Română de Psihiatrie*, 1(1): 15-17, 1999.
14. Tudorache, B., Sănătatea mintală în Europa, pp. 569-599. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală*, vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
15. Tudorache, B., Reforme de sănătate mintală în ţările Europei: trecut, prezent şi perspective, *Revista Română de Sănătate Mintală*, 8(1): 8-12, 2001.
16. WHO, *Targets for Health for All 2000 (Targets in the Support of the European Regional Strategy for Health for All)*, WHO - Regional Office for Europe, Copenhagen, DK, 1st ed.1985, 2nd ed. 1986.
17. WHO, *Pilot Studies of Mental Health Services in some European Regions*, WHO - Regional Office for Europe, Copenhagen, DK, 1996.
18. WHO, *Health for All for 21th Century (The Health Policy for Europe)*, WHO - Regional Office for Europe, Copenhagen, DK, 1997.
19. WHO, Regional Office for Europe, M. Muijen, V. Krasnov (orgs.), *Societal Stress and Mental Health*, Moscow, Russian Federation, June 3-5, 2004.

www.dacoromanica.ro

# Capitolul 3. SĂNĂTATEA MINTALĂ ŞI SĂNĂTATEA PUBLICĂ

*Mânia - n oamenii **cei buni***
*Se naşte moartă, se topeşte;*
*În **cei cuminţi** un ceas trăieşte,*
*În **semidocţi** trăieşte luni,*
*Trei ani **în proştii cei din gloată,***
*Iar **în mişei** viaţa toată.*

**George Coşbuc** (1866-1918),
poet şi traducător, academician din 1916.

*Sensul abordării de tip **sănătate publică** aşa cum se aplică **sănătăţii mintale** -*

- *primul sens: serviciile de sănătate mintală trebuie să fie accesibile oricui are nevoie de ele;*
- *al doilea sens: sănătatea mintală a indivizilor este integral legată de sănătatea socială şi economică a comunităţilor din care aceştia fac parte.*

*O strategie de promovare a sănătăţii în intreaga populaţie trebuie să fie o preocupare publică şi nu poate fi o întreprindere pur privată.*

**Thornicroft, G., Tanasella, M.,**
*The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services,*
Cambridge University Press, New York, NY, 1999 (19).

***TITLUL I - Sănătatea publică***
*Art. 2 - (1) Asistenţa de sănătate publică reprezintă efortul organizat al societăţii în vederea protejării şi promovării sănătăţii populaţiei. Asistenţa de sănătate publică se realizează prin ansamblul măsurilor politico-legislative, al programelor şi strategiilor adresate determinanţilor stării de sănătate, precum şi prin organizarea instituţiilor pentru furnizarea tuturor serviciilor necesare.*

*- (2) Scopul asistenţei de sănătate publică îl constituie promovarea sănătăţii, prevenirea îmbolnăvirilor şi îmbunătăţirea calităţii vieţii.*

***Legea nr. 95 / 2006** -*
*Legea privind **reforma în domeniul sănătăţii.***
**Monitorul Oficial al României,**
Partea I, an 18, nr. 372, pp. 1-118, 28 aprilie 2006 (5).

www.dacoromanica.ro

① **Sănătate mintală şi sănătate publică**

La începutul noului deceniu, secol şi mileniu, **sănătatea mintală** (SM) (versantul sanogenetic) şi **stresul societal,** patologia stres-dependentă, tulburările mintale şi de comportament (versantul patogenetic) se impun ca probleme majore de **sănătate publică, medicină (psiho) socială şi sănătate comunitară.**

**Organizaţia Mondială a Sănătăţii** defineşte SM ca:

- *stare pozitivă de bine, de încredere în propria valoare a individului, în demnitatea şi valoarea celorlalţi,*
- *abilitatea persoanei în a-şi gestiona lumea interioară de gânduri (sfera cognitivă) şi sentimente (sfera afectivă),*
- *de a-şi organiza viaţa şi de a-şi asuma riscuri,*
- *de a iniţia, dezvolta şi susţine relaţii personale mutuale satisfăcătoare şi*
- *capacitatea psihicului de a se adapta şi de a-şi reveni după şocuri şi stresuri.*

În viziune integrativă şi dinamică, **Congresul Mondial al Federaţiei Mondiale pentru SM** (Lahti, Finlanda, **1997**) a definit fundamentele SM (8):

➢ **SM ca valoare:**
  - în plan individual - fiecare persoană are dreptul la SM şi
  - în plan societal - asigurarea şi promovarea SM reprezintă o responsabilitate a întregii societăţi;

➢ **SM ca bunăstare a minţii şi a corpului:**
  - în plan personal - fiecare copil are dreptul de a se dezvolta pentru a dobândi o bună SM şi
  - în plan societal - SM este o resursă pentru dezvoltarea pozitivă, pentru societate şi constituie o dimensiune a calităţii vieţii;

➢ **SM ca dimensiune mezologică, socială şi culturală:**
  - individul ca membru al comunităţii este responsabil pentru climatul general al societăţii, deoarece atitudinea sa influenţează dimensiunea publică a SM,
  - după cum invers, societatea (ca mediu) determină modelarea persoanei;

➢ **SM ca drept la autodeterminare şi ca responsabilitate (în relaţiile inter-umane):**
  - deoarece fiecare fiinţă umană are drept la individualitatea sa, trebuie respectat dreptul fiecărei persoane la autodeterminare;
  - acest drept însărcinează la rândul lui pe fiecare persoană cu responsabilitatea de a avea grijă atât pentru propria sa SM cât şi pentru SM a semenilor săi;

➢ **SM ca drept la serviciile de profil:**
  - în plan individual - utilizatorii serviciilor de SM trebuie să aibă acelaşi statut ca şi utilizatorii oricăror servicii de sănătate,
  - iar în plan societal - accesibilitatea şi adresabilitatea la serviciile de SM trebuie să fie reglementată prin politici, strategii, programe, reforme şi aplicată de la nivel guvernamental la cel local.

www.dacoromanica.ro

De aceea, **modelul matriceal al SM** diferenţiază 2 (două) tipuri de abordări (19) - v. Tabel 1.

Tabel 1. Caracteristicile comparative în abordarea SM:
- ca sănătate individuală
- ca sănătate publică

| Abordarea de tip **sănătate individuală** | Abordarea de tip **sănătate publică** |
|---|---|
| 1. Are în vedere o parte din populaţie | 1. Are în vedere întreaga populaţie |
| 2. Tinde să excludă factorii contextuali | 2. Pacienţi în context socio-economic |
| 3. Mai puţin probabil să genereze informaţii asupra prevenţiei primare | 3. Poate genera informaţii asupra prevenţiei primare |
| 4. Doar la nivel individual (prevenţie secundară şi terţiară) | 4. Prevenţie atât la nivel individual, cât şi populaţional (atât secundară, cât şi terţiară) |
| 5. Perspectivă asupra serviciilor centrată pe facilităţi / programe | 5. Perspectivă sistemică asupra componentelor serviciului |
| 6. Accesul la servicii poate fi limitat de vârstă, diagnostic, tipul de asigurare | 6. Favorizează accesul liber la servicii |
| 7. Este preferat terapeutul individual | 7. Este preferată munca în echipă |
| 8. Perspectivă pe termen scurt şi intermitentă / are în vedere urmărirea episodică | 8. Perspectivă pe termen lung / longitudinală / asupra întregului curs al vieţii |
| 9. Raportul cost-eficienţă este privit în termeni individuali | 9. Raportul cost-eficienţă este privit în termeni populaţionali |

Practic, în baza acestui model, decizia privind nivelul cel mai adecvat în diagnostic, prevenţie, terapie, recuperare se face prin raportarea practicianului (şi pacientului) la nivelurile: individual, local, regional şi naţional (19).

Sănătatea - **SM** sunt legate în **binom sinergic** de **calitatea vieţii** (4, 11), care la rândul ei este expresia (un indicator societal) al „calităţii" societăţii (în plan economic, administrativ şi social). Deci, în relaţie direct proporţională pozitivă şi bidirecţională, cu cât SM este mai bună cu atât calitatea vieţii este mai ridicată şi, de asemenea, cu cât calitatea vieţii este mai înaltă cu atât SM este mai bună. Invers, în relaţie direct proporţională negativă şi bidirecţională (6).

SM reprezintă un important segment din sănătatea publică şi are de asemenea o importantă dimensiune economică şi socială, deoarece distresul societal, patologia stres-dependentă, tulburările mintale şi de comportament provoacă pierderi în plan medico-biologic, medico-social şi economic, prejudiciind atât individul, cât şi familia, serviciul, grupul, comunitatea şi societatea.

Balanţa costuri-beneficii este dezechilibrată de disstresul societal prin creştera costurilor (directe şi indirecte) şi invers, este susţinută prin dublu mecanism de mărire a beneficiilor (asociat cu scăderea costurilor) datorită promovării SM: lupta eficientă la nivel de societate contra stresului societal şi consecinţelor sale profund negative şi păguboase.

www.dacoromanica.ro

② **Interrelaţia sănătate (mintală) ⇔ stres**

**Sănătatea mintală (SM)** este rezultatul final al sanogenezei psihice, al procesului de construcţie, dezvoltare şi menţinere a SM şi se traduce prin stările de normalitate (homeostazie psihică), de bine (de confort, de optim, de bunăstare) şi de eficienţă psihice.

În dimensiune structurală SM cuprinde o dezvoltare psihologică continuă (emoţională, cognitivă, volitivă, comportamentală), un sens al scopului în viaţă, stima de sine (autovalorizarea), relaţii pozitive cu ceilalţi, dezvoltarea capacităţilor de adaptare bio-psiho-sociale şi autonomia individului (definiţie constructivistă).

În dimensiune psihodinamică, funcţională, adaptativă şi de inter-comunicare SM reprezintă: abilitatea individului de a menţine balanţa între emoţiile pozitive şi negative, prelucrarea pozitivă a experienţelor negative, dezvoltarea proceselor psihice, a capacităţilor de rezistenţă şi adaptare (de depăşire a stresului), a comportamentului şi comunicării, abilităţilor de a crea (a produce, a construi în sensul cel mai larg) şi de a se recrea (relaxa, destinde).

Rezultă astfel că SM reprezintă mai mult decât absenţa bolii mintale, decât restrângerea de la normalitatea generală a individului la normalitatea psihică, sau decât o personalitate adaptată (definiţii reducţioniste), (10).

Ariile critice care influenţează SM sunt practic domeniile vieţii (existenţei pe verticală şi orizontală): munca, familia, rolul social în comunitate - desfăşurate ontogenetic din copilărie până la bătrâneţe şi manifestate în registru adaptaţional, eficient, eustres sau disadaptaţional, ineficient, disstres.

**Interrelaţia definitorie SM ⇔ stres** rezultă elocvent chiar din descrierea celor 2 categorii, care se definesc prin raportare reciprocă: SM reprezintă depăşirea stresului (adaptare anti-stres), în timp ce stresul afectează SM.

Stresul (disstresul) - componentă obligatorie a vieţii - reprezintă şi dezechilibrul provocat prin depăşirea resurselor psiho-biologice de către cereri sau solicitări. Discrepanţa dintre cerere / resurse (bilanţ negativ: cerere prea mare / resurse prea puţine) este cauzată de evenimente de viaţă majore, cu precădere negative (pierderea serviciului, divorţ, moartea soţului/soţiei, boli la membrii familiei etc.).

**Raportată la stres,** sănătatea şi implicit **SM** se menţine şi se dezvoltă printr-o dublă alegere - acţiune cognitiv comportamentală:

- selectarea inteligentă a factorilor şi situaţiilor care impun o mobilizare energetică optimă, homeostaziantă, eustres; şi
- evitarea sistematică a agenţilor şi proceselor care provoacă o destabilizare a sistemului psiho-biologic, anti-homeostaziantă, disstres.

Depăşirea capacităţii de adaptare (anti-stres) a organismului prin **disstres** (supraacut, acut, cronic şi postcronic) - rezultat din creşterea amplitudinii, duratei, frecvenţei, agravării şi sumării disstresurilor - prejudiciază în diferite grade SM şi provoacă în final bolile de adaptare şi patologia stres-dependentă: tulburări psihice (boli mintale) şi afecţiuni psihosomatice.

www.dacoromanica.ro

De aceea, **interrelația SM ⇔ stres** reprezintă un **binom dinamic și antagonic**.

Astfel, **dezvoltarea SM** determină creșterea **rezistenței** și **adaptabilității** (resursele majore anti-stres), care reprezintă procese active, de învățare și adaptare comparabile cu exersarea instrumentistului sau antrenamentul sportivului. Mărirea rezistenței și adaptibilității psihice trebuie realizată atât în plan cognitiv, cât mai ales în plan emoțional, afectiv și volitiv. Rezultatul este depășirea și controlul stresului, managementul eficient al stresului și ca vârf performanțial transformarea disstresului (stres rău) în eustres (stres bun). Altfel spus, dezechilibrul resurse / cereri se echilibrează prin dezvoltarea, creșterea, optimizarea și eficientizarea resurselor, care prin „antrenament" de durată conduc la situația ideală - bilanț pozitiv, când resursele depășesc cererile, constituind **rezerve**, adică al 3-lea proces major anti-stres. În acest mod este activată sanogeneza psihică cu obținerea unei SM deosebit de robuste.

Invers, **fragilizarea SM** înseamnă vulnerabilizarea psihicului și reprezintă **scăderea rezistenței** și adaptării psihice, inclusiv reacții de proastă adaptare (**mal-adaptare**). Astfel, aceeași stresori - raportați la o structură fragilă - devin mult mai nocivi, mai agresivi, mai patogenetici. Ca rezultat, dezechilibrul dintre resurse / cereri se adâncește până la discrepanță, cu provocarea unui bilanț din ce în ce mai pronunțat negativ: scăderea resurselor cuplată cu mărirea cererilor. În acest mod, se trece în etapa **stărilor premorbide** (de pre-boală) și a celor **morbide** (tulburările psihice și de comportament și a bolilor psihosomatice), (9, 14).

Definit în termeni de bilanț negativ, **disstresul** reprezintă o agresiune (acută și / sau cronică), care perturbă inițial cele 4 sisteme de comandă, reglare și apărare ale individului: sistemul psihic și prin el sistemele nervos, endocrin și imunitar. Tulburările „centrului cvadripartit de comandă" se transmit și se amplifică în cascadă prin procesul de somatizare, cuprinzând toate sistemele, aparatele și organele efectoare ale organismului. În acest mod, patologia stres-dependentă se extinde la sistemele cardio-vascular, digestiv, respirator, senzitivo-senzorial, renal, muscular și osteoarticular (2, 3).

În raport cu sanogeneza - adaptogeneza - calitatea vieții, cu patogeneza - tulburări - boli și cu terapia - recuperarea, **disstresul** (psiho - social / biologic - metabolic) devine un **fenomen pluri-factorial** (7, 13):

- factor de risc;
- agent etio-patogenetic (factor cauzal - de producere, de declanșare-inițiere, de menținere - întreținere, de agravare - amplificare a patologiei);
- factor anti-terapie (de modificare - perturbare a răspunsului terapeutic).

www.dacoromanica.ro

**③ Prevenția - rol esențial în sănătatea publică**

Progresele științifice, tehnice, medicale și informatice trebuie integrate în progresul economic și dezvoltarea ecologică și supraintegrate - coordonate prin reforme (strategii, programe) legislative, administrative și sociale, armonizate într-o largă colaborare internațională.

Disstresul (biologic-psihic) perturbă atât individul, dar se extinde și la nivelul întregii populații - societăți (stresul populațional și stresul societal). Mai mult, procesul ireversibil de globalizare - mondializare cuprinde în mod obiectiv și disstresul. Globalizarea disstresului înseamnă în fapt o multiplicare negativă - ca agresiune accelerată și amplificată bio-psiho-social și extinsă - la nivelul întregii planete (1, 12).

Răul material (lipsa apei, hranei, locuinței; alterarea mediului și climei; poluare și deșertificare etc.) este agravat prin răul social (sărăcie, șomaj și boli; subnutriție și obezitate; dependență de medicamente psihoactive, alcoolism și droguri; abuzurile și conflictele; violență și criminalitate; accidente și catastrofe; terorism și războaie etc.). Rezultă că disstresul a devenit un epifenomen obiectiv, obligatoriu și mondializat (1), ca o expresie a răului material, pe care „s-a construit" răul social și pe care s-a supraetajat disstresul societal (globalizat).

În această dimensiune și perspectivă, **SM** (ofertă, resursă pozitivă) și **disstresul societal** (cerere, consum negativ) devin **priorități ale societății moderne.**

**Socio-psihiatria (psihiatria socială - știință antropologică),** ca știință sistemică și contextuală - în orientare și umanistă - în tradiție are misiunea ca în secolul 21 să *dezvolte sisteme umane și de sănătate inovatoare în cadrul unui nou contract social și al unui noi politici economice, solid susținute de considerații științifice, umane și etice* (17).

De aceea, socio-psihiatria consideră că educația și sănătatea sunt arii esențiale de activitate a societății în „procesul de modelare a secolului 21", în procesul de construcție a binomului complementar dezvoltate economică - justiție socială, fundamente ale păcii și stabilității, ale progresului și democrației (18).

Educația și sănătatea - individualizate la sfera psihicului (în fapt sfera de manifestare bio-psiho-socială) și în dinamică profilactică - reprezintă în fapt „educația" pentru SM (ceea ce trebuie să obținem și să consolidăm) și sanogeneza anti-stres, lupta contra disstresului (ceea ce trebuie să depășim, să înlăturăm, să controlăm).

Sănătatea și implicit SM sunt *un ingredient natural pentru starea de bine a individului - familiei - comunității - societății* (17), care însă trebuie să caracterizeze și interrelațiile bidirecționale individ ⇔ populație ⇔ societate.

Astfel, în societatea contemporană globalizată, principiul - conceptul - modelele - programele - strategia - **politica de prevenție - profilaxie** capătă o extindere în desfășurare (15, 16):

www.dacoromanica.ro

- reprezintă o abordare de sănătate publică - medicină (psiho)socială - sănătate comunitară în folosul întregii societăți (și bineînțeles al individului - ca unitate societală);
- constituie consolidarea sanogenezei (medicinei omului sănătos și medicinei anti-îmbătrânire) și implicit / pe cale de consecință a longevității (sănătoase, active, creative - științele longevității);
- are un impact socio-economic remarcabil prin reducerea pierderilor / pagubelor în toate sectoarele societății (o unitate financiară „consumată" / investită în profilaxie, câștigă un multiplu x10 → x30 unități, deci o foarte mare „productivitate societală").

Rezultă o similaritate strategică cu profilaxia a numeroase boli virale și infecțioase (prin vaccinare) și anume politici de sănătate transformate:

- în programe de informare, cunoaștere, educare - maturizare - dezvoltare continue (copil → vârstnic) implementate la nivel societal - un fel de terapie cognitivă nespecifică și globalizată, extinsă la nivelul societăților.
- în strategii combinate:
  - strategia riscului crescut (centrată pe individ și pe grup) pentru reducerea factorilor de risc și a impactului acestora cu persoanele expuse / vulnerabile și
  - strategia centrată pe populație, deoarece un număr mare de oameni expuși unui risc mic generează mai multe cazuri, decât un număr mic de oameni expuși unui risc ridicat.

**Bibliografie selectivă**


1. Cooper, C., Arbose, J., Executive stress goes global, *International Management,* 39: 42-48, 1984.
2. Cooper, C. L. (ed.), *Handbook of Stress, Medicine and Health,* CRC Press, Boca Raton, FL, 1996.
3. Kenny, D. T., Carlson, J. G., McGuigan, F. J., Sheppard, J. L., *Stress and Health. Research and Clinical Applications,* Harwood Acad. Publ., Amsterdam, 2000.
4. Lăzărescu, M., *Calitatea vieții în psihiatrie.* Ed. Infomedica, Bucureşti, 1999.
5. Legea nr. 95 / 2006 - Legea privind reforma în domeniul sănătății, *Monitorul Oficial al României,* Partea I, an 18, nr. 372, pp. 1-118, 28 aprilie 2006.
6. Levi, L., Conditions of life, life-styles, and health in a highly developed country, *Psychiatria et Neurologia Japonica,* 95(3): 259-270, 1993.
7. Mazure, C. M. (ed.), *Does Stress Cause Psychiatric Illness?,* American Psychiatric Press, Washington, DC, 1995.
8. Mihailescu R., Sănătatea mintală ca problemă de sănătate publică: reforme și planuri naționale, pp. 601-616. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, București, 2000.


www.dacoromanica.ro

9. Paris, J., *Nature and Nurture in Psychiatry. A Predisposition - Stress Model of Mental Disorders,* American Psychiatric Press, Washington, DC, 1999.
10. Prelipceanu, D., Mihailescu R., Teodorescu R. (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
11. Riga, D., Riga, S., Mărirea vitalităţii creierului, factor în promovarea stării de sănătate mintală, *Revista Sanitară Militară,* 82: 421-431, 1979.
12. Riga, S., Riga, D., Cercetarea internaţională în domeniul stresului, în condiţiile globalizării fenomenului, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 4(1): 31-33, 1997.
13. Riga, D., Riga, S., Stres, stres oxidativ, îmbătrânire şi patologie neuro-psihică, pp. 221-225. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
14. Riga, S., Riga, D., Prelipceanu, D., Negrescu. C., Carp, C., Hriscu, E., Stres şi vulnerabilitate psihopatologică în psihogeriatrie, *Al 2-lea Congres Naţional de Psihiatrie „Tulburările nevrotice în actuala dinamică a factorilor de stres",* Volum lucrări: 12, 231-237, 571, Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 2003.
15. Riga, D., Riga, S., O nouă paradigmă în medicină şi psihiatrie: tetrada disstres → uzură → îmbătrânire → polipatologie, pp. 31-75. In: G. Cornuţiu, D. Marinescu (eds.), *Orientări şi perspective în gândirea psihiatrică românească actuală,* vol. 1, Ed. Universităţii din Oradea, Oradea, 2007.
16. Riga, D., Riga, S., *Medicina anti-îmbătrânire şi ştiinţele longevităţii,* Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, 2007.
17. Sorel, E., Socio-psihiatria: o misiune pentru secolul XXI, *Revista Română de Psihiatrie,* 1(1): 3-5, 1999.
18. Sorel, E., Dar este o zi atât de frumoasă, *Revista Română de Psihiatrie,* 3(3-4): 129-131, 2001.
19. Thornicroft, G., Tanasella, M., *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services,* Cambridge University Press, New York, NY, 1999.

www.dacoromanica.ro

# Capitolul 4. EVALUAREA SĂNĂTĂȚII, SĂNĂTĂȚII MINTALE ŞI LONGEVITĂȚII

*Mens sana in corpore sano*
*(Minte sănătoasă într-un corp sănătos).*

**Decimus Iunius Iuvenalis,** *Satyre, VIII*
(aprox. 60 - aprox. 135 d.Hr.), poet satiric roman.

*În evaluarea costurilor economice ale tulburărilor psihice trebuie să se ştie că, pe plan internaţional, se estimează că raportul între costurile globale şi costurile directe (legate de asistenţa medicală) este de aproximativ 9/1, ceea ce înseamnă că* ***intervenţia societăţii*** *trebuie să fie* ***preponderent preventivă.***

*Faptul că, în urmă cu mai bine de trei decenii, în Statele Unite ale Americii, Perşedintele (J. F. Kennedy,* ***1963)*** *a atras atenţia asupra importanţei problemei, iniţiind* ***primul Plan Naţional pentru Sănătatea Mintală*** *- în condiţiile unei societăţi prospere şi echilibrate - ar trebui să constituie un motiv suplimentar de reflecţie şi un argument major pentru acţiune.*

**Radu Mihailescu,** Sănătatea mintală ca problemă de sănătate publică: reforme şi planuri naţionale, pp. 601-616. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000 (2).

*Cap. I, Art. 1. -* ***Sănătatea mintală*** *reprezintă o componentă fundamentală a sănătăţii individuale şi constituie un obiectiv major al politicii de sănătate publică.*

***Legea nr. 487/2002*** *- Legea* ***sănătăţii mintale*** *şi a protecţiei persoanelor cu tulburări psihice,*
**Monitorul Oficial al României,**
Partea I, an 14, nr. 589, pp. 1-7, 8 aug. 2002.

www.dacoromanica.ro

*Faulty genetics loads the gun , **lifestyle pulls the trigger.***

**Lamont Murdoch,** Loma Linda University School of Medicine.

**Health** depends largely on **lifestyle. Prevention** is the **key**.

**Principles for optimal health**.
*HealthCare for Medical Diseases, Drugs & Treatments,*
eCureMe.com

***Omul** este ceea ce face singur **din el însuşi.***

**Jean-Paul Sartre** (1905-1980), filozof şi scriitor francez
Premiul Nobel pentru Literatură, 1964.

***Suprema îndatorire** a omului constă în:*
- ***exprimarea propriului său eu** conform înzestrărilor sale; şi*
- ***dobândirea unui sentiment de siguranţă** conştientă.*

*În vederea acestui scop*
- *trebuie să începem prin **a ne cerceta nivelul de stres personal**...*

**Hans Selye** (1907-1982) - „părintele cercetării stresului"

*Astăzi se vorbeşte despre **boli pluri-cauzale** sau **multi-factoriale,** când nu ai nimic care să fie de ajuns în sine pentru a cauza o boală, în timp ce, dacă doi factori sau mai mulţi coincid, devii bolnav.*

*Dacă vorbim despre aceste boli pluri-cauzale, este **datorită unei moşteniri directe a cercetărilor despre stres**.*

**Georgette Goupil,** *Hans Selye - La Sagesse du Stress,*
Nouvelle Optique, Montreal, 1981 (1).

*Ce este **stresul (disstresul)?***
= ***absenţa** echilibrului şi păcii (liniştii) interioare - filozofia orientală, exprimată prin conceptul de echilibru, de homeostazie (anti-stres)*
= ***pierderea** controlului - cultura occidentală, dominată de conceptul de putere, generatoare de stres (anti-homeostazie).*

Evaluarea **autorilor monografiei** privind
*Compararea filozofiei orientale şi culturii occidentale asupra semnificaţiei fenomenului de stres.*

www.dacoromanica.ro

**① Evaluarea sănătății, sănătății mintale și longevității**

Sănătatea mintală este o componentă (un rezultat și o exprimare) a sănătății globale (inclusiv somatice, biologice), care asigură longevitatea sănătoasă („fiabilitatea") bio-psiho-socială a persoanei.

Evidența dinamicii interrelațiilor / determinismului trivalent este demonstrată de asemenea:

- conceptual și organizatoric - prin evaluarea stării de sănătate a individului / populației și prin programele de sănătate (naționale, internaționale și ale WHO / OMS);
- operațional și medical - prin succesiunea etiologie → patogenie → terapeutică și prin lanțul diagnostic (etio-patogenic, multi-axial) → terapie → recuperare.

Sănătatea în general, sănătatea mintală și stresul / adaptarea în particular depind - ca prezent / și viitor (cronicizare, longevitate) într-o măsură importantă de stilul de viață (bolile stilului de viață). Acest fapt este evidențiat și de alte sisteme (instrumente, scale) de evaluare multi-axiale (de ex.: WSP - Profilul de stres Wheatley, prezentat detaliat în partea I, capitolul 8).

În această direcție se înscrie și **Chestionarul-bilanț: Cunoașterea stării de sănătate (pentru autoevaluarea stării de sănătate și a duratei probabile de viață)**, elaborat de D. M. Vickery, Center for Corporate Health Promotion, Reston, Virginia, USA (4, 5, 6).

Structura sintetică a instrumentului: cele 10 (zece) axe (arii, domenii, sectoare) de sănătate / longevitate - și prin opoziție de boală / moarte prematură - și situația lor în societatea modernă sunt prezentate mai jos:

| Autoevaluara stării de sănătate și a duratei probabile de viață | | Situația mondială îngrijorătoare din societatea modernă contemporană |
|---|---|---|
| 1. Exercițiul fizic (mișcarea) | - | Sedentarism → obezitate |
| 2. Greutatea | - | Obezitate → sindrom dismetabolic |
| 3. Alimentația sănătoasă | - | Subnutriție + alimentație dezechilibrată |
| 4. Tutun - tabagism | - | Tabagism în creștere |
| 5. Alcool - alcoolism | - | Alcoolism în extindere + alte toxico-dependențe (mixte) |
| 6. Accidente de automobil | - | Accidente (automobil + altele) în creștere |
| 7. Stres (efort adaptativ) | - | Disstresul în creștere și agravare |
| 8. Antecedente personale | - | Poluarea (orașe, oceane, planetă) în creștere |
| 9. Antecedente familiale | - | Extinderea bolilor silențioase cronice (dislipidemie, HTA, diabet etc.) |
| 10. Măsuri preventive | - | Dependente de nivelul de trai / sărăcie și existența - extinderea serviciilor de sănătate |

www.dacoromanica.ro

Tabelul comparativ prezentat evidenţiază următoarele:

- adecvarea şi specificitatea instrumentului, raportat la pericolele societăţii moderne (dezvoltate / subdezvoltate) asupra sănătăţii / longevităţii;
- legătura indisolubilă între sănătate şi longevitate (sănătoasă);
- amploarea factorilor de risc, stilului de viaţă nesănătos şi reacţiilor maladaptative la stres.

**Cunoaşterea stării de sănătate:** chestionar - bilanţ pentru autoevaluarea

- **stării de sănătate** şi a
- **duratei probabile de viaţă**

- **Instrucţiuni de aplicare**

Viitorul dvs. depinde în cea mai mare măsură de **stilul personal de viaţă** pe care îl aveţi. El acţionează asupra stării sănătăţii dvs. mai mult decât orice medicament.

Răspunzând corect la chestionarul de mai jos veţi obţine o evaluare a sănătăţii dvs. aşa cum este ea în prezent, şi, de asemenea, perspectivele evoluţiei viitoare. În plus, veţi descoperi obişnuinţele nefaste la care aveţi tot interesul să renunţaţi.

Este suficient să vă notaţi nişte cifre pentru fiecare secţiune a chestionarului, iar apoi să faceţi suma lor. Totalul obţinut reprezintă un indice a cărui semnificaţie este redată în tabelul final.

**Atenţie:** acest chestionar-bilanţ este valabil numai pentru adulţii care:

- nu suferă de nici o boală cronică;
- nu suferă de nici o infirmitate gravă; ori care
- n-au avut vreodată vreo criză cardiacă sau vreun atac cerebral.

**1. Exerciţiul fizic (mişcarea)**

Calculaţi, în minte, timpul pe care-l acordaţi săptămânal unui exerciţiu ce vă solicită intens, ridicându-vă ritmul cardiac la 120 pulsaţii sau mai mult.

Exerciţiul trebuie să dureze cel puţin 15 minute, iar acest ritm poate fi atins prin mersul rapid, practicarea baschetbalului, tenisului, alergării etc.

| *Minute* | *Scor* |
|---|---|
| sub 15 | 0 |
| 15- 29 | + 2 |
| 30- 44 | + 6 |
| 45- 74 | + 12 |
| 75-119 | + 16 |
| 120-179 | + 20 |
| 180 şi peste | + 24 |

www.dacoromanica.ro

## 2. Greutatea

Comparați-vă greutatea cu tabelul de mai jos:

- *Bărbați de 25 ani și peste*

| Înălțimea în m | OSATURA | | |
|---|---|---|---|
| | Subțire | Medie | Solidă |
| | Greutatea în kg | | |
| 1,550 | 51-54 | 53-58 | 57-64 |
| 1,575 | 52-56 | 55-60 | 58-65 |
| 1,600 | 53-57 | 56-62 | 60-67 |
| 1,625 | 55-58 | 57-62 | 61-69 |
| 1,650 | 56-60 | 59-65 | 63-71 |
| 1,675 | 58-62 | 61-67 | 64-73 |
| 1,700 | 60-64 | 63-69 | 67-75 |
| 1,725 | 62-66 | 64-71 | 68-77 |
| 1,750 | 63-68 | 66-72 | 70-79 |
| 1,775 | 65-70 | 68-75 | 72-81 |
| 1,800 | 67-72 | 70-77 | 74-83 |
| 1,825 | 69-73 | 72-79 | 76-86 |
| 1,850 | 71-76 | 73-82 | 78-88 |
| 1,875 | 72-77 | 76-84 | 81-90 |
| 1,900 | 74-79 | 78-86 | 82-92 |

- *Femei de 25 ani și mai mult*

| Înălțimea în m | OSATURA | | |
|---|---|---|---|
| | Subțire | Medie | Solidă |
| | Greutatea în kg | | |
| 1,425 | 42-44 | 43-48 | 47-54 |
| 1,450 | 43-46 | 44-50 | 48-55 |
| 1,475 | 44-47 | 46-52 | 49-57 |
| 1,500 | 45-48 | 47-53 | 51-58 |
| 1,525 | 46-50 | 48-54 | 52-59 |
| 1,550 | 48-51 | 50-55 | 53-61 |
| 1,575 | 49-53 | 51-57 | 55-63 |
| 1,600 | 50-54 | 53-59 | 57-64 |
| 1,625 | 52-56 | 54-61 | 59-66 |
| 1,650 | 53-58 | 56-63 | 60-68 |
| 1,675 | 55-59 | 58-65 | 62-70 |
| 1,700 | 57-61 | 60-67 | 64-72 |
| 1,725 | 59-63 | 62-68 | 66-74 |
| 1,750 | 61-65 | 63-70 | 67-76 |
| 1,775 | 63-67 | 65-72 | 69-78 |

Femeile între 18-25 de ani trebuie să scadă 500 g/an sub 25 de ani.

*Cotarea greutății corporale*

| *Excedent de greutate (Kg)* | *Scor* |
|---|---|
| 0- 2 | 0 |
| 2- 7 | - 2 |
| 7-11 | - 6 |
| 11-16 | - 10 |
| 16-20 | - 12 |
| 20 și peste | - 15 |

www.dacoromanica.ro

### 3. Alimentaţie sănătoasă

| | *Punctaj* |
|---|---|
| Dacă aveţi un regim echilibrat, care conţine legume, fructe, pâine şi cereale, proteine şi lactate: | adăugaţi + 4 |
| Dacă evitaţi alimentele grase, mai ales grăsimile animale: | adăugaţi + 2 |

### 4. Tutun - tabagism

| | *Punctaj* |
|---|---|
| Dacă nu fumaţi | 0 |
| Dacă nu fumaţi decât pipă | - 4 |

Dacă fumaţi ţigări (sau trabuc, ceea ce în această împrejurare este acelaşi lucru):

| *Nr. de ţigări pe zi* | *Punctaj* |
|---|---|
| 1- 9 | - 13 |
| 10-19 | - 15 |
| 20-29 | - 17 |
| 30-39 | - 20 |
| 40-49 | - 24 |
| 50 şi mai mult | - 28 |
| Pentru femei: dacă fumaţi (se adaugă suplimentar) | - 7 |

### 5. Alcool - alcoolism

Notaţi cantitatea de băuturi alcoolice pe care le consumaţi zilnic. Evaluaţi-o în pahare, socotind pentru fiecare pahar o doză de 18 cl de vin, de 25 cl de bere şi 4,5 cl de alcool rafinat:

| *Cantitatea de alcool - pahare* | *Punctaj* |
|---|---|
| 0 | 0 |
| 1-2 | - 1 |
| 3-4 | - 4 |
| 5-6 | - 12 |
| 7-9 | - 20 |
| 10 şi mai mult | - 30 |

### 6. Accidente de automobil

Automobilul este cauza numărul unu a deceselor prin accidente. Centura de siguranţă salvează viaţa a 50% din victime. În realitate, majoritatea oamenilor o utilizează mai puţin des decât o spun. Încercaţi, deci, să determinaţi corect de câte ori o purtaţi în raport cu totalul orelor pe care le petreceţi la volan:

| *% timpului cu centură* | *Scor* |
|---|---|
| Mai puţin de 25% | 0 |
| Aproximativ 25% | + 2 |
| Aproximativ 50% | + 4 |
| Aproximativ 75% | + 6 |
| Aproximativ 100% | + 8 |

www.dacoromanica.ro

**7. Stres:** evaluați mărimea stresului (tensiunii sufletești) suferit în timpul anului; căutați în tabel evenimentele care vi s-au întâmplat și adunați cifrele corespunzătoare.

| *Eveniment de viață stresant* | *Punctaj - indice de readaptare* |
|---|---|
| 1. Moartea soțului/iei | 123 |
| 2. Divorț | 100 |
| 3. Despărțire de soț/ie | 82 |
| 4. Condamnare (închisoare) | 74 |
| 5. Moartea unui membru al familiei | 94 |
| 6. Accident sau boală grea | 80 |
| 7. Căsătorie | 50 |
| 8. Concediere serviciu / slujbă | 79 |
| 9. Reconciliere / împăcare maritală | 59 |
| 10. Pensionare | 55 |
| 11. Boala unui membru al familiei | 58 |
| 12. Sarcină / graviditate | 66 |
| 13. Dificultăți de ordin sexual | 45 |
| 14. Înmulțirea membrilor familiei | 58 |
| 15. Promovare profesională / readaptări în afaceri | 64 |
| 16. Schimbarea condițiilor financiare | 57 |
| 17. Moartea unui prieten/ă apropiat/ă | 71 |
| 18. Schimbarea locului de muncă / răspunderilor profesionale | 52 |
| 19. Repetate conflicte conjugale | 51 |
| 20. Datorii / peste 10 000 dolari | 44 |
| 21. Executare silită / neplată împrumut | 63 |
| 22. Schimbare loc de muncă / schimbare responsabilități | 43 |
| 23. Plecarea copiilor din casa părintească | 45 |
| 24. Dificultăți cu rude prin alianță / socri | 38 |
| 25. Suprasolicitare personală / realizare excepțională | 39 |
| 26. Soția / soțul începe sau încheie serviciul | 48 |
| 27. Începutul și sfârșitul școlarizării unui copil | 38 |
| 28. Schmbare în condițiile de locuit | 42 |
| 29. Orice schimbare de obiceiuri | 27 |
| 30. Necazuri cu șeful / patronul | 30 |
| 31. Schimbarea orarului / condițiilor de muncă | 36 |
| 32. Schimbarea domiciliului | 40 |
| 33. Schimbări în activitatea școlară / universitară | 36 |
| 34. Schimbarea modului de recreare / timp liber | 28 |
| 35. Schimbări în activitățile / credințele religioase | 22 |
| 36. Schimbări în activitățile sociale | 27 |
| 37. Datorie / credit sub 10 000 dolari | 28 |
| 38. Schimbarea deprinderilor legate de somn | 26 |
| 39. Schimbări (număr, durată) în vizitele rudelor | 27 |
| 40. Schimbări în obiceiurile alimentare (post, îngrășare) | 27 |
| 41. Concediu / vacanță | 25 |
| 42. Încălcări minore ale legii (contravenții circulație) | 22 |
| | Total puncte (scor) |

www.dacoromanica.ro

| *Total* | *Scor* |
|---|---|
| Mai mic de 150 | 0 |
| 150-250 | - 4 |
| 250-300 | - 7 |
| Mai mult de 300 | - 10 |

## 8. Antecedente personale

| | *Punctaj* |
|---|---|
| 1. Dacă a-ți fost în contact mai mulți ani cu un tuberculos | - 4 |
| 2. Dacă ați făcut radioterapie pentru amigdalită, vegetații, acnee | - 6 |
| 3. Dacă lucrați în mod regulat în contact cu azbest, dar nu fumați | - 2 |
| 4. Dacă lucrați în mod regulat în contact cu azbest, şi fumați | - 10 |
| 5. Dacă lucrați în mod regulat în contact cu clorură de vinil | - 4 |
| 6. Dacă trăiți şi lucrați într-un mare oraş | - 6 |

## 9. Antecedente familiale

| | *Punctaj* |
|---|---|
| 1. Pentru fiecare tată, mamă sau soră care a avut o criză cardiacă înainte de 40 ani | - 4 |
| 2. Pentru fiecare bunic, unchi sau mătuşă care a avut o criză cardiacă înainte de 40 ani | - 1 |
| 3. Pentru fiecare tată, mamă sau soră care a fost tratat pentru hipertensiune | - 2 |
| 4. Pentru fiecare tată, mamă sau soră care a fost tratat de diabet înainte de 25 ani | - 6 |
| 5. Pentru fiecare bunic, unchi sau mătuşă care a fost tratat pentru hipertensiune | - 1 |
| 6. Pentru fiecare bunic, unchi sau mătuşă care a avut diabet înainte de 25 ani | - 2 |
| 7. Pentru fiecare tată, mamă sau soră care a avut diabet înainte de 25 ani | - 2 |
| 8. Pentru fiecare bunic, unchi sau mătuşă care a avut diabet înainte de 25 ani | - 1 |
| 9. Dacă există un caz de glaucom la unul din părinții, bunicii, frații, surorile, unchii sau mătuşile dvs. | - 2 |
| 10. Dacă unul din părinții, bunicii, frații, surorile, unchii sau mătuşile dvs. suferă de gută | - 1 |
| 11. Femeile a căror mamă sau soră a avut cancer la sân | - 4 |

## 10. Măsuri preventive

| | *Punctaj* |
|---|---|
| 1. Dacă vă luați în fiecare an tensiunea arterială | + 4 |
| 2. Femei care practică în fiecare an autopalparea sânilor şi care, în plus, se examinează în fiecare an sau la 2 ani la un medic | + 2 |
| 3. (Pentru femei) dacă vă faceți un control ginecologic în fiecare an sau la 2 ani | + 2 |
| 4. Depistarea bolilor pielii la fiecare 5 până la 10 ani | + 1 |
| 5. Depistarea glaucomului la fiecare 4 ani, după 40 ani | + 1 |
| 6. Investigarea faptului că aveți sânge în scaun la fiecare 2 ani, după 40 de ani, ori în fiecare an, după 50 de ani | + 1 |
| 7. Rectosigmoidoscopia (examenul anusului şi a rectului) odată după 50 de ani | + 1 |

www.dacoromanica.ro

- **Rezultatele bilanțului**

Însumați toate punctele marcate (scăzând, bineînțeles, punctele negative) și adăugați 200. Starea sănătății dvs. și durata probabilă a vieții sunt în funcție de scorul general obținut și sunt reprezentate în tabelul următor:

| *Scorul general (totalul punctelor)* | *Sănătatea dvs. este:* | *Durata probabilă a vieții este:* | |
|---|---|---|---|
| | | *Bărbați* | *Femei* |
| • 230 și peste | Excelentă | • 81 și peste | • 86 și peste |
| • 211-229 | Bună | • 74-80 | • 79-85 |
| • 191-210 | Medie | • 67-73 | • 72-78 |
| • 171-190 | Mediocră | • 60-66 | • 65-71 |
| • 170 și sub | Rea | • sub 60 | • sub 65 |

Instrumentul original (D. M. Vickery), la Axa 7 - Stres (efort adaptativ) reproduce Scala de evaluare a readaptării sociale etalonată pentru viața din 1964 (T. H. Holmes, R. H. Rahe), care reetalonată peste 30 ani (în 1994) a înregistrat o creștere cu peste 44% a impactului stresorilor (a efortului readaptativ). De aceea, Axa nr. 7 a fost reactualizată cu ultima variantă - cea din 1994.

Importanța instrumentului pentru (auto)evaluarea sănătății / longevității rezidă în următoarele:

- utilizare individuală, pentru grupuri / eșantioane, la nivel regional sau național (anchete periodice ale stării de sănătate a populației - cf. Programelor OMS / WHO);
- raportarea la specificul vieții actuale (factori de risc, stres, poluare, stiluri de viață, patologie pandemică - obezitate / subnutriție, HTA etc.);
- (auto)evaluarea individuală conduce la educarea și responsabilizarea persoanei privind propria sănătate / longevitate;
- (auto)evaluarea populației determină amplificarea laturii profilactice / de prevenire în sănătatea publică și dimensionarea programelor naționale de sănătate, inclusiv a programelor educaționale destinate sănătății / creșterii duratei de viață;
- realizează un profil bio-psiho-social al sănătății / longevității -
  - biologic (somatic) - axele 1, 2, 3, 8, 9;
  - psiho(comportamental) - axele 4, 5, 7;
  - (psiho)social - axele 6, 7, 10.

În anul 2001, dr. P. Mureșan, dr. T. Ionescu și col. (Centrul de Calcul, Statistică Sanitară și Documentare Medicală, Ministerul Sănătății) au realizat un studiu similar: Ancheta de autoevaluare a stării de sănătate (OMS - EUROHIS, România), în baza unei metodologii OMS (3).

www.dacoromanica.ro

### ② Evaluarea sănătății mintale (prin funcționarea globală, relațională, socială și profesională)

DSM-IV-TR, APA, 2000 a prevăzut - în cadrul sistemului muli-axial de diagnostic - Axa V de Evaluare globală a funcționării (GAF), iar în Anexa B alte 3 (trei) Axe (Scale) suplimentare destinate adâncirii evaluării funcționării psihicului (Scala de funcționare a apărării / defensei a fost descrisă anterior, in partea II, capitol 5 - Capacitatea de a face față / coping, iar celelalte două - GARF și SOFAS sunt prezentate în acest capitol), (10, 11, 12).

În fapt, este evaluat binomul: sănătate mintală / tulburare mintală. Sănătatea mintală este măsurată indirect - operațional, prin evaluarea (scor, punctaj) a capacității (eficienței, randamentului) de funcționare psihică și psiho-socială (7, 8, 9):

- **Axa V - Scala de evaluare globală a funcționării (GAF)** relevă funcționarea globală (psihologică, profesională și socială);
- **Anexa B - Scala de evaluare a funcționării sociale și profesionale (SOFAS)** măsoară funcționarea profesională și socială; și
- **Anexa B - Scala de evaluare globală a funcționării relaționale (GARF)** cuantifică funcționarea relațională.

Cele 3 (trei) instrumente sunt scale de heteroevaluare (evaluator este clinicianul). Caracterizarea generală comparativă a celor 3 (trei) scale evidențiază următoarele diferențe:

| Caracterizare | Scalele | | |
|---|---|---|---|
| | **GAF** | **SOFAS** | **GARF** |
| Domeniul de funcționare al sănătății mintale | • psihologică, socială și profesională | • socială și ocupațională | • relațională |
| Psihopatologie (tulburare mintală) | • evaluează și severitatea psihopatologiei | • nu cotează severitatea psihopatologiei | • nu măsoară severitatea psihopatologiei |
| Categorii de funncționare (număr și întindere) | • 10 intervale<br>• de câte 10 puncte | • 10 intervale<br>• de câte 10 puncte | • 5 intervale<br>• de câte 20 puncte |
| Semnificația generală a scorurilor | | | |
| • funcționare superioară → bună | • 100 → 91→ 81 | • 100 → 91→ 81 | • 100 → 91→ 81 |
| • disfuncție (tulburare) ușoară | • 80 → 61 | • 80 → 61 | • 80 → 61 |
| • tulburare medie → severă | • 60 → 51→ 41 | • 60 → 51→ 41 | • 60 → 41 |
| • deteriorare majoră | • 40 → 21 | • 40 → 21 | • 40 → 21 |
| • deteriorare severă | • 21 → 1 | • 21 → 1 | • 21 → 1 |

www.dacoromanica.ro

DSM-IV-TR, APA, 2000 -
**Axa V** - Evaluarea globală a funcționării
(sociale, psihologice, psihopatologice) - scala GAF

**Scala de evaluare globală a funcționării**
**Global Assessment of Functioning Scale (GAF)**

| Cod (punctaj, scor) | Semnificația scorurilor și a gradualității lor: Nivelul individual / personalizat de funcționare psihologică, profesională și socială |
|---|---|
| 100 - 91 | • funcționare superioară într-un larg domeniu de activități;<br>• problemele de viață nu par a fi scăpat vreodată din mână;<br>• este căutat de alții pentru multele sale calități;<br>• nici un simptom. |
| 90 - 81 | • simptome absente sau minime<br>(de ex.: anxietate ușoară înaintea unui examen);<br>• funcționare bună în toate domeniile;<br>• interesat și implicat într-o gamă largă de activități;<br>• eficient social;<br>• satisfăcut în general de viață;<br>• nu mai mult decât probleme sau preocupări cotidiene<br>(de ex.: o ceartă ocazională cu membrii familiei). |
| 80 - 71 | • dacă sunt prezente simptome, acestea sunt reacții expectabile și tranzitorii la stresori psiho-sociali<br>(de ex.: dificultăți în concentrare după o ceartă în familie);<br>• nu mai mult decât o ușoară deteriorare în funcționarea socială, profesională sau școlară<br>(de ex.: rămânere în urmă temporară în activitatea școlară). |
| 70 - 61 | • câteva simptome ușoare<br>(de ex.: dispoziție depresivă și insomnie ușoară); sau<br>• unele dificultăți în funcționarea socială, profesională sau școlară<br>(de ex.: chiul ocazional ori furt din casă); dar<br>• în general, funcționare destul de bună;<br>• are câteva relații interpersonale semnificative. |
| 60 - 51 | • simptome moderate<br>(de ex.: afect plat și limbaj circumstanțial, atacuri de panică ocazionale); sau<br>• dificultăți moderate în funcționarea socială, profesională sau școlară<br>(de ex.: puțini amici, conflicte cu egalii sau cu colaboratorii). |

www.dacoromanica.ro

| | |
|---|---|
| 50 - 41 | • simptome severe<br>(de ex.: ideaţie suicidară, ritualuri obsesionale severe, furturi din magazine); sau<br>• deteriorare severă în funcţionarea socială, profesională sau şcolară<br>(de ex.: nici un fel de amici, incapabil să menţină un serviciu). |
| 40 - 31 | • o oarecare deteriorare a simţului critic (reality testing) sau în comunicare<br>(de ex.: limbajul este uneori ilogic, obscur sau irelevant); sau<br>• deteriorare majoră în multe domenii, cum ar fi serviciul sau şcoala, relaţiile de familie, judecata, gândirea sau dispoziţia<br>(de ex.: omul depresiv evită amicii, îşi neglijează familia, este incapabil să muncească;<br>copilul bate copiii mai mici ca el, este sfidător acasă, lipseşte la şcoală). |
| 30 - 21 | • comportamentul este considerabil influenţat de idei delirante sau de halucinaţii; sau<br>• există o deteriorare severă în comunicare sau în judecată<br>(de ex.: uneori este incoerent, acţionează în mod flagrant inadecvat, are preocupări suicidare); sau<br>• este incapabil să funcţioneze în aproape toate domeniile<br>(de ex.: stă în pat toată ziua, nu are serviciu, locuinţă sau amici). |
| 20 - 11 | • un oarecare pericol de a se vătăma pe sine sau pe alţii<br>(de ex.: tentative de suicid fără urmărirea clară a morţii; frecvent violent; excitaţie maniacală); sau<br>• ocazional incapabil să menţină un minimum de igienă personală<br>(de ex.: miroase a fecale); sau<br>• deteriorare flagrantă în comunicare<br>(de ex.: extrem de incoerent sau mut). |
| 10 - 1 | • pericol persistent de vătămare severă a sa sau a altora<br>(de ex.: violenţă recurentă); sau<br>• incapacitatea de a menţine o igienă personală minimă; sau<br>• act suicidar sever cu dorinţa clară de a muri. |
| 0 | • informaţie inadecvată. |

www.dacoromanica.ro

DSM-IV-TR, APA, 2000 -
**Anexa B** - Seturile de criterii şi axele
prevăzute pentru studii suplimentare

**Scala de evaluare a funcţionării sociale şi profesionale**
**Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS)**

| Cod (punctaj, scor) | Semnificaţia scorurilor şi a gradualităţii lor: Nivelul individual / personalizat de funcţionare socială şi profesională |
|---|---|
| 100 - 91 | • funcţionare superioară într-o gamă largă de activităţi. |
| 90 - 81 | • funcţionare bună în toate domeniile;<br>• eficient profesional şi social. |
| 80 - 71 | • nu mai mult decât o uşoară deteriorare în funcţionarea socială, profesională sau şcolară<br>(de ex.: conflicte interpersonale rare, temporar rămânere în urmă în activitatea şcolară). |
| 70 - 61 | • unele dificultăţi în funcţionarea socială, profesională sau şcolară; dar<br>• în general, funcţionează bine;<br>• are câteva relaţii interpersonale semnificative. |
| 60 - 51 | • dificultatea moderată în funcţionarea socială, profesională sau şcolară<br>(de ex.: puţini amici, conflicte cu egalii sau cu colaboratorii). |
| 50 - 41 | • deteriorarea severă în activitatea socială, profesională sau şcolară<br>(de ex.: nici un fel de amici, incapabil să ţină un serviciu). |
| 40 - 31 | • deteriorarea majoră în diverse domenii, cum ar fi serviciul sau şcoala, relaţiile de familie<br>(de ex.: omul depresiv evită amicii, neglijează familia şi este incapabil să lucreze; copilul bate de regulă alţi copii mai mici, acasă este sfidător şi absenteză de la şcoală). |
| 30 - 21 | • incapacitatea de a funcţiona în aproape toate domeniile<br>(de ex.: stă în pat toată ziua, nu are serviciu, casă sau amici). |
| 20 - 11 | • ocazional incapabil să menţină un minim de igienă personală<br>• este incapabil să funcţioneze independent. |
| 10 - 1 | • incapacitatea persistentă de a menţine un minimum de igienă personală;<br>• incapabil să funcţioneze fără să-şi prejudicieze sieşi sau altora ori fără un suport extern considerabil<br>(de ex.: îngrijire şi supraveghere). |
| 0 | • informaţie inadecvată. |

www.dacoromanica.ro

DSM-IV-TR, APA, 2000 -
**Anexa B** - Seturile de criterii şi axele
prevăzute pentru studii suplimentare

## Scala de evaluare globală a funcţionării relaţionale
## Global Assessment of Relational Functioning (GARF) Scale

| Categorie (scor total) | Semnificaţia scorurilor şi a gradualităţii lor: Nivelul individual / personalizat de funcţionare relaţională |
|---|---|
| Total 100 - 81 | *Unitatea relaţională funcţionează satisfăcător, după cum rezultă din auto-relatarea participanţilor şi din perspectiva observatorilor:*<br>• se acceptă că există patternuri sau rutine care ajută la satisfacerea necesităţilor comune ale fiecărei familii sau membru al cuplului;<br>• există flexibilitate la schimbare, ca răspuns la cereri sau evenimente insolite, iar conflictele ocazionale şi tranziţiile stresante sunt rezolvate prin comunicare şi negociere, care soluţionează problema;<br>• există o înţelegere şi un acord împărtăşit în legătură cu rolurile şi sarcinile adecvate, luarea deciziilor este stabilită pentru fiecare domeniu funcţional şi există o recunoaştere a caracteristicilor singulare şi a valorii fiecărui subsistem (de ex.: părinţi / soţi, fraţi şi alţi indivizi);<br>• există o atmosferă optimistă, corespunzătoare situaţional în familie;<br>• o gamă largă de sentimente este exprimată şi reglată în familie; şi<br>• există o atmosferă generală de căldură, de tandreţe şi de împărtăşire a valorilor între toţi membrii familiei;<br>• relaţiile sexuale ale membrilor adulţi sunt satisfăcătoare. |
| Total 80 - 61 | *Funcţionarea unităţii relaţionale este într-o anumită măsură insatisfăcătoare. După o perioadă de timp, multe, dar nu toate dificultăţile sunt rezolvate fără acuze:*<br>• rutinele cotidiene sunt prezente, dar există o oarecare suferinţă şi dificultate în a răspunde la insolit;<br>• unele conflicte rămân nerezolvate, dar nu destramă funcţionarea familiei;<br>• luarea deciziilor este de regulă competentă, dar eforturile la controlul unuia de către altul sunt foarte adesea mai mari decât este necesar sau sunt ineficiente;<br>• indivizii şi relaţiile sunt clar demarcate, dar uneori un sistem specific este depreciat sau făcut ţap ispăşitor;<br>• este exprimată o gamă de sentimente, dar cazurile de blocare emoţională sau de tensiune sunt evidente;<br>• căldura şi tandreţea sunte prezente, dar alterate de iritabilitatea şi frustrările membrilor familiei;<br>• activitatea sexual a membrilor familiei poate fi redusă sau problematică. |

www.dacoromanica.ro

| | |
|---|---|
| Total 60 - 41 | *Unitatea relaţională are ocazional, perioade de funcţionare satisfăcătoare şi competentă împreună, însă relaţiile clar disfuncţionale, nesatisfăcătoare, tind să predomine:*<br>• comunicarea este frecvent inhibată de conflictele nerezolvate, care interferează adesea cu rutinele cotidiene;<br>• există o dificultate semnificativă în adaptarea la stresul familial şi schimbarea tradiţională;<br>• luarea deciziilor este numai intermitent competentă şi eficientă;<br>• de aceste dăţi este evidentă, fie rigiditatea excesivă, fie lipsa semnificativă de structurare;<br>• necesităţile individului sunt foarte adesea filtrate de un partener sau de o coaliţie.<br>• supărarea, mânia ineficientă ori insensibilitatea emoţională interferează cu satisfacţia familială;<br>• deşi există o oarecare căldură şi suport pentru membrii familiei, acesta din urmă este inegal distrbuit;<br>• dificultăţile sexuale jenante între adulţi sunt adesea prezente. |
| Total 40 - 21 | *Unitatea relaţională este clar şi serios disfuncţională; formele şi peroadele de timp de relaţionare satisfăcătoare sunt rare:*<br>• rutinele familiei / cuplului nu satisfac necesităţile membrilor, ele fiind respectate cu strictețe sau ignorate cu nonşalanţă;<br>• modificările ciclului de viaţă, cum ar fi de exemplu, plecările sau intrările într-o unitate relaţională, generează conflicte şi eşecuri evident frustrante în rezolvarea de probleme;<br>• luarea deciziilor este tiranică sau foarte ineficace;<br>• caracteristcile singulare ale indivizilor sunt subapreciate sau ignorante fie de coaliţii rigide, fie de coaliţii fluid confuze;<br>• există rare perioade de plăcere de viaţă împreună;<br>• distanţarea frecventă sau ostilitatea deschisă reflectă conflicte semnificative, care rămân nerezolvate şi sunt foarte supărătoare;<br>• disfuncţia sexuală dintre membrii adulţi este loc comun. |
| Total 20 - 1 | *Unitatea relaţională a devenit prea disfuncţională pentru a reţine continuitatea contactului şi ataşamentului:*<br>• rutinele familiei / cuplului sunt neglijate (de ex.: nu există ore de masă, orar de somn sau de vigilitate);<br>• membri ai familiei nu ştiu unii de alţii unde sunt, ori când vor fi acasă sau plecaţi;<br>• există puţină comunicare eficientă între membrii familiei;<br>• membrii familiei / cuplului nu sunt organizaţi de aşa manieră încât responsabilităţile personale sau generale să fie recunoscute;<br>• limitele unităţii relaţionale ca întreg şi ca subsistem nu pot fi identificate sau căzut de acord asupra lor;<br>• membrii familiei sunt periclitaţi sau vătămaţi corporal ori atacaţi sexual;<br>• disperarea şi cinismul sunt prezente tot timpul;<br>• există puţină atenţie pentru necesităţile emoţionale ale altora;<br>• nu există aproape nici un sentiment de ataşament, obligaţie sau interes al unuia pentru bunăstarea celuilalt. |
| 0 | • informaţie inadecvată. |

www.dacoromanica.ro

**Bibliografie selectivă**


- **Evaluarea sănătății, sănătății mintale şi longevității**
  1. Goupil, G., *Hans Selye - La Sagesse du Stress,* Nouvelle Optique, Montreal, CA,1981.
  2. Mihailescu, R., Sănătatea mintală ca problemă de sănătate publică: reforme şi planuri naționale, pp. 601-616. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
  3. Mureşan, P., Perțache, I., Ionescu, T., Ursuleanu, D., *Ancheta de autoevaluare a stării de sănătate (OMS - EUROHIS, România),* Centrul de Calcul, Statistică Sanitară şi Documentare Medicală, Ministerul Sănătății, Bucureşti, 2001.
  4. Vickery, D. M., *Lifeplan for Your Health,* Addison-Wesley, Reading, MA, 1978.
  5. Vickery, D. M., *LifePlan: Your Own Master Plan for Maintaining Health and Preventing Illness,* Center for Corporate Health Promotion, Reston, VA, 1990.
  6. Vickery, D. M., Fries, J. F., *Take Care of Yourself: The Complete Illustrated Guide to Medical Self-Care,* 8th ed., Da Capo Life Long, Cambridge, MA, 2005.
- **Evaluarea sănătății mintale (funcționarea globală, relațională, socială şi profesională)**
  7. Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., Cohen, J., The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, *Archives of General Psychiatry,* 33: 766-771, 1976.
  8. Goldman, H. H., Skodol, A. E., Lave, T. R., Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning, *American Journal of Psychiatry,* 149: 1148-1156, 1992.
  9. Luborsky, L., Clinicians' judgment of mental health, *Archives of General Psychiatry,* 7: 407-417, 1962.
  10. American Psychiatric Association (APA), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th Edition. Text Revision *(DSM-IV-TR),* APA, Washington, DC, 2000.
  11. Asociația Psihiatrică Americană, *Manual de diagnostic şi statistică a tulburărilor mintale,* Ed. a 4-a Revizuită *(DSM-IV-TR),* Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Bucureşti, 2003.
  12. http://www.dsmivtr.org/index.cfm; e-mail: DSM@psych.org


www.dacoromanica.ro

# Capitolul 5. DEZVOLTAREA ŞI CONSOLIDAREA SĂNĂTĂŢII MINTALE

*The mind is like a parachute. It doesn't work unless it's open.*

**Aforism,** origine necunoscută.

***Toţi** vor să schimbe **lumea,***
*dar **nimeni** nu vrea să se schimbe **pe sine însuşi.***

**Lev Nikolaevici Tolstoi** (1828-1910),
unul dintre marii scriitori ruşi.

*Nous possédons donc le merveilleux pouvoir d'intervenir avec succès dans le développement des activités organiques et mentales. C'est ainsi que **la connaissance des mécanismes de l'adaptation nous permettra de restaurer ou de construire l'individu.***

**Alexis Carrel** (1873-1944), *L'homme, cet inconnu, Chapitre VI - Les fonctions adaptives,* pp. 229-281, *XIV - Signification de l'adaptation. Ses applications pratiques,* pp. 280-281,
Librairie Plon, Paris, 1935 (3).

***Medicina omului sănătos. Dacă medicina îşi alege statutul epitemic de cunoaştere a Omului** (pentru care - cum spunea **Terenţiu,** cum repeta **Marx** - nimic din ce este omenesc nu-i este străin), ar fi neeconomic şi nerațional ca aceste cunoştinţe să slujească doar la combaterea (curativă sau preventivă) a bolilor şi nu la orice **transformare a Omului în virtutea unui ideal.***

**Victor Săhleanu** (1924-1997),
*De la omul necunoscut la omul cognoscibil,*
Ed. Ramida, Bucureşti, 1996 (18).

*Perpetual optimism is a force multiplier.*

**Colin Lewis Powell** (n. 1937, New York, NY),
general şi om de stat american,
cel de al 65-lea Secretar de Stat al USA
(20 ian. 2001 - 26 ian. 2005).

www.dacoromanica.ro

**① Schimbarea conceptelor, modelelor şi strategiilor**

**Evoluţia** civilizaţiei omeneşti „asimilează" în mersul său nonliniar **revoluţii** manifestate în toate planurile de organizare şi funcţionare societală: revoluţiile industriale, tehno-ştiinţifice, tehnologice (high-tech, nanotehnologii, robotică, staţii extraterestre etc.), bio-medicale (decodarea genomului uman, terapii genetice, celule stem, transplant de organe-ţesuturi-biomateriale, implanturi de bio-microprocesoare, imagistică tridimensională, neuroştiinţe etc.), informaţionale (reţele de computere, inter- / intra-net, biblioteci / spaţii virtuale, localizare prin satelit, telefonie mobilă etc.), în comunicare (telecomunicaţii, media etc.).

Revoluţiile (versantul stresogen al progresului - tehnostresul, infostresul etc. prin suprasolicitarea la maxim a adaptării umane în timp foarte scurt) devin din ce în ce mai frecvente - acceleraţie, mai ample, profunde şi complexe - mai transformatoare şi sunt implementate la nivel mondial prin revoluţia revoluţiilor - globalizare. Revoluţiile secolelor 18 → 21 au făcut ca fiecare secol (iar din 1980 chiar fiecare deceniu) să difere fundamental unul de celălalt prin mutaţii, progrese şi diferenţe majore (structurale şi funcţionale, calitative şi cantitative). De la societatea concretă, statică şi dogmatică a secolului 18, delimitată precis în tipare şi graniţe, încremenită în timp şi spaţiu, civilizaţia umană a primului deceniu din secolul 21 (şi din mileniul 3) a devenit potenţială, dinamică, mobilă, fluidă şi chiar instantanee, desfiinţând frontierele de timp şi spaţiu.

Transformarea (profundă, complexă şi dinamică) a istoriei umanităţii în toate sectoarele societăţii „obligă la un prezent adaptativ global" de la individ şi comunitate la societate şi lume, pentru continuitatea existenţei umane. Astfel, realizarea „salturilor adaptative" generează obţinerea nivelurilor superioare de adaptare (structurală, funcţională, energetică şi informaţională).

De aceea, schimbările fundamentale din societate determină crearea în plan politic, guvernamental / nonguvernamental, social / al societăţii civile de noi şi novatoare structuri / instituţii, de politici / programe, de funcţii / relaţii pentru asimilarea societală (cât mai rapidă şi mai completă) a revoluţiilor - prefacerilor - schimbărilor.

Evoluţia conceptelor şi strategiilor privind sănătatea umană şi stresul (transformare, schimbare, dezvoltare) sunt demonstrate prin progresele în domeniu, de numeroase fapte şi politici de sănătate - Tabelul 1. Câteva exemple:

- • de la definiţia tridimensională a sănătăţii dată de WHO / OMS (1946) ca **stare de normalitate şi bunăstare / bine** (fizic, psihic şi social) **a individului,**
  • la conceptul Federaţie Mondiale de SM (1997) privind sănătatea mintală ca **sistem integrativ şi dinamic individ → societate** (v. partea III, capitolul 3);
- • de la **modelul psihiatric / medical** (abordare pacient şi boală),
  • la **modelul sociologic / societal** (abordare sănătate publică şi profilaxie / sanogeneză) şi cel **organizaţional dinamic global** (pluri-determinism spaţio-temporal) - modelul matriceal al serviciilor de SM (v. partea III, capitolul 3), (10, 22);

www.dacoromanica.ro

- • de la stres individual şi SGA (descoperite de prof. dr. Hans Selye la nivelul anilor 1930-1940),
  • la tipologia / dinamica stresului / stresorilor / sistemelor de stres, sisteme de adaptare / apărare (anti-stres, neuro-psiho-biologică, coping), şi tulburările stres-dependente / de adaptare / psihosomatice (v. partea I - Stresologie şi partea II - Adaptologie),
  • la stresul societal (globalizare structurală), la stresul permanent (toată ontogeneza - globalizare tempotală) şi la mondializarea stresului (globalizare spaţială), (15, 16, 20);

**Tabel 1.** Revoluţia contemporană a conceptelor şi strategiilor în asistenţa medicală

| Caracteristici comparative | 1920 - 1980 | 1980 - 2020 |
|---|---|---|
| Categorie, dimensiune, nivel de abordare | • individ, grup<br>• instituţii / organizaţii naţionale<br>• ţară | • populaţie, naţiune<br>• instituţii / organizaţii internaţionale<br>• mapamond |
| Disciplină medicală | • psihiatrie | • sănătate mintală / sănătate publică |
| Structură | • medic, serviciu medical | • echipă terapeutică, reţea terapeutică |
| Proces | • medicalizare | • socializare |
| Orientare, direcţie | • medicală<br>• terapie şi recuperare | • de sănătate<br>• profilaxie (primară) şi sanogeneză |
| Cauză → efect | • centrată pe efecte | • medicină cauzală |
| Sistem de referinţă / | • îngrijire individ | • sănătate mintală, comunitară |
| Tip de abordare | • stare, statică | • proces, dinamică |

www.dacoromanica.ro

**② Sanogeneză şi sănătate mintală**

Reperele, criteriile şi conceptele în sanogeneza / sănătatea mintală au fost definite şi sunt redefinite în concordanţă cu progresele rapide şi ample înregistrate în ştiinţă, bio-medicină, tehnologie, sociologie, comunicare, inclusiv cu raportarea / integrarea în sisteme de referinţă complexe, tip reţea şi dinamice.

În fapt, SM este rezultatul (consecinţa) funcţionării - integrării multi-axiale cu succes / armonizare sinergică a 2 (două) sisteme dinamice (în continuă schimbare, transformare):

- • **micro**sistemul - individ - fiinţa umană,
  - ca sistem bio-psiho-social-cultural-spiritual,
  - în dinamică (etapele) de naştere, creştere, dezvoltare, maturizare, îmbătrânire (ontogeneză, ciclurile vieţii),

    în cadrul
- • **MACRO**sistemului - societate - mondializare,
  - ca sistem politic-economic-financiar-administrativ-juridic-social-informaţional, cultural, spiritual,
  - supus progresului (evoluţie / revoluţie), transformărilor (calitative / cantitative), contradicţiilor (economico / sociale), conflictelor (sociale, terorism, războaie), poluării - încălzirii globale (schimbarea climei, dezastre naturale).

Complexitatea domeniului SM rezultă din organizarea:

- **structurală** → generală a sistemului (materie - energie - informaţie) - Tabel 2 şi
  → trivalenţa fiinţei umane (bio-psiho-sociale) - Tabel 2 exprimată în cea
- **funcţională** → generală a sistemului (sens entropie - echilibru) - Tabel 4 şi
  → cauzalitatea omului (armonie - sănătate - viaţă) - Tabel 5 şi manifestată non-liniar în
- **registrul binar**
  → (+), negentropie, adaptare, dezvoltare, sanogeneză, longevitate, sau
  → (–), entropie, dezadaptare, alterare, patogeneză, mortalitate.

Cele 2 (două) sisteme interacţionează permanent, în limitele registrului binar, cu un determinism pluricauzal (calitativ şi cantitativ).

Astfel, interacţiunile dintre societate (sănătoasă (+) / (–) nesănătoasă), (5) şi stres (eustres (+) / (–) disstres), (19, 20) generează în final - Tabel 6:

- promovarea şi dezvoltarea SM - sinergism al componentelor (+); sau
- provocarea şi agravarea tulburărilor psihice - sinergism al componentelor (–).

www.dacoromanica.ro

**Tabel 2. STRUCTURA generală a sistemului**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| dezorganizare | ← | **materie** (organizare) | → | perfecționarea organizării |
| degradare energetică | ← | **energie** (tonus) | → | creştere energetică |
| pierdere informații existente | ← | **informație** | → | sporire informațională, achiziție informații noi |

**Tabel 3. STRUCTURA trivalentă a sistemului / ființei umane**

| | | |
|---|---|---|
| **materie** | = | bio (creier) |
| **energie** | = | psiho (procese psihice) |
| **informație** | = | social (activitate socială) |

**Tabel 4. FUNCȚIONAREA generală a sistemului**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| creştere entropie | ← | menținere, conservare **entropie** | → | scăderea entropiei, negentropie, entropie negativă |
| dezechilibru, dizarmonie | ← | **echilibru armonie** | → | consolidare, dezvoltare |

**Tabel 5. FUNCȚIONAREA cauzală a sistemului / ființei umane**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| creştere entropie, dezorganizare | ← | **echilibru armonie** | → | negentropie, entropie negativă |
| boală | ← | **sănătate** | → | dezvoltarea sănătății (mintale) medicina omului sănătos |
| îmbătrânire / moarte | ← | **viață** | → | ştiințele longevității / medicina anti-îmbătrânire |

www.dacoromanica.ro

**Tabel 6.** Organizarea binară / bivalentă evidențiată la nivel de societate şi stres

| Structură<br>+ funcție | Componentă (+) | Componentă (–) |
|---|---|---|
| Societate (E. Fromm) | segment sănătos /<br>healthy society (+) | segment bolnav /<br>unhealthy society (–) |
| | ↓⊕ | ↓⊕ |
| Stres (H. Selye) | eustres /<br>stres (+) | disstres /<br>stres (–) |
| | = | = |
| Funcție, acțiune | sanogenetică /<br>resursă, suport, motor<br>de sănătate | patogenetică /<br>resursă, suport, motor<br>de boală (i) |
| | ↓⊕ | ↓⊕ |
| Rezultat<br>individ → societate | promovare /<br>dezvoltare<br>sănătate mintală | provocare /<br>agravare<br>tulburări psihice |

**③ Dezvoltarea şi consolidarea sănătății mintale**

**Psihoprofilaxia, psihoprevenția, psihoigiena, sociopsihiatria**

**Psihiatria preventivă - totală (integrală)** este reprezentată de **psihoprofilaxia primară,** diversificată în cea a colectivităților - de vârstă (ciclurile vieții), de grup (familială) şi profesionale (profesorii), iar cea **parțială** cuprinde **psihoprofilaxia secundară** şi **terțiară** (1).

Ca moment de intervenție este **directă (imediată)** sau **indirectă (de durată)** - creşterea **rezistenței** individuale.

**Psihoprevenția primară** este constituită din ansamblul măsurilor pentru evitarea / împiedicarea apariției tulburărilor, cea **secundară** pentru diminuarea agravării, extensiei, efectelor tulburării, iar cea **terțiară** pentru reintegrarea psihosocială a persoanei.

**Psihoigiena (igiena mintală)** rezidă în totalitatea mijloacelor pentru menținerea **echilibrului** psihic, prevenirii tulburărilor mintale şi facilitării **adaptării,** aplicate în plan individual, colectiv, social (12).

**Psihologia socială** (8) **şi socio-psihiatria (psihiatria socială),** (21). Ultima a fost prezentată anterior în partea III, capitol 3, pct. ③. Este o ramură a sănătății publice, care metodologic acționează în interrelația educație ↔ sănătate, implicit educația pentru sănătate / SM şi dezvoltă latura de prevenție / psihoprofilaxie (inclusiv prevenția prin cunoaştere şi educație), (21).

www.dacoromanica.ro

Toate reprezintă ştiinţe inter- / şi multi-disciplinare, rezultate din interferenţa **psihiatrie (medicină) ↔ psihologie ↔ sociologie,** fapt pentru care sunt direcţionate în principal:

- către corecţii asupra factorilor de risc, etio-patogenici, de întreţinere sau agravare etc., adică serii de corecţii (protective) aplicate în mediul extern al individului (în colectivitate, în comunitate);
- pentru obţinerea protecţiei în realizarea unei stări (statice) - cea de sănătate mintală;
- associate cu intervenţii reparatorii - corecţia efectelor - psihoprofilaxia secundară şi terţiară.

**Medicina omului sănătos şi sănătatea mintală**

Medicina omului sănătos şi implicit sanogeneza mintală reprezintă o schimbare majoră de concept / paradigmă:

- de la focalizare pe boală, tratamentul ei şi acţiune reparatorie a (–)
- s-a operat înlocuirea cu centrarea pe sănătate, dezvoltarea ei şi acţiune constructivă (+).

Sanogeneza mintală - promovarea şi dezvoltarea sănătăţii mintale (SM), structurată la nivel de individ, grup, societate - cuprinde -

- strategii de SM cu finalitate preventivă, de psihoprofilaxie primară şi de durată;
- strategii de SM destinate protecţiei (menţinerii), susţinerii şi consolidării normalităţii psihice / mintale şi comportamentale (dc orientare endogenă - cum reacţionează persoana la mediu);
- strategii de SM care realizează promovarea, construcţia dinamică (produc SM) şi dezvoltarea SM (de orientare exogenă - cum îl modelează mediul / societatea pe individ în registru formativ - psihopedagogic - psihoeducativ - psihoterapeutic - antrenamente psihice, de adaptare, anti-stres, cognitivă, emoţională etc.);
- identificarea, diagnostic, evaluarea proceselor (–) de:
    - vulnerabilitate, fragilitate, uzură;
    - scăderea bio-psiho-socio-tonusului;
    - oboseală, surmenaj, epuizare;
    - disstres, patologie stress-dependentă - psihică - psihosomatică / acută - cronică;
    - reacţii mal-adaptative, dis-adaptativie, tulburări de adaptare;
- (auto)învăţarea, (auto)aplicarea, (auto)antrenamentul proceselor (+) de:
    - vitalitate, rezistenţă, regenerare;
    - mărire (reîncărcare) a bio-psiho-socio-tonusului;
    - relaxare, odihnă, refacere, eustres;
    - prelucrarea adaptaţională a - eşecului, disstresului, psiho-traumei;
    - adaptare / readaptare / inducţie adaptativă, coping (a face faţă), apărare (defensă), ajustare (potrivire);

www.dacoromanica.ro

- construcţia progresivă şi dezvoltarea continuă (învăţate şi antrenate) a sănătăţii / SM înseamnă parcurgerea secvenţială în dinamică (+) a stării / structurilor / subsistemelor de sănătate / SM, de la cele instabile / cu resurse puţine, la cele consolidate / cu bogăţie de resurse (în progresul către sănătatea perfectă / ideală):
  - (+ + + + +) - sănătate / SM - foarte bună, optimă, potenţial înalt;
  - (+ + + +) - sănătate / SM - bună, suboptimă, stare de bine;
  - (+ + +) - sănătate / SM - medie, frecventă;
  - (+ +) - sănătate / SM - oscilantă, fragilă;
  - (+) - subsănătate / subSM - şubredă, precară, proastă, anticamera tulburărilor, bolilor;

**Dezvoltarea personalităţii, longevitate, calitatea vieţii**

Promovarea şi dezvoltarea SM implică obligatoriu - ca o cale eficientă în construcţia - dezvoltarea personalităţii, procese care împreună converg către longevitatea sănătoasă, activă, creatoare şi calitatea superioară a vieţii (17).

Dezvoltarea personalităţii se realizează / şi conduce la creşterea valorizării sociale / comunitare / societale şi umane, ceea ce înseamnă că la dimensiunea bio-psiho-socială a persoanei / SM se construieşte / se completează dimensiunea comunitară, culturală şi spirituală (3, 9, 11, 18).

De aceea, SM reprezintă ca sistem dinamic în secvenţă temporală un ansamblu de integrare structurală a:

- trecutului - rezultat din psiho / profilaxie - preventivă - igienă;
- prezentului - strategiile de creştere a randamentului / performanţelor;
- viitorului - potenţialului / căilor de dezvoltare a personalităţii.

Căi, mijloace şi strategii în dezvoltarea şi consolidarea sănătăţii, SM / personalităţii, longevităţii şi calităţii vieţii - integrate în sisteme sanogenetice bio-psiho-sociale - sunt prezentate în următoarele 2 capitole:

- Capitolul 6 - Sănătate mintală, adaptare anti-stres şi longevitate (perspectivă antropologică şi bio-psiho-socială);
- Capitolul 7. Terapii moderne de adaptare şi activare anti-stres (oxidativ şi biologic).

Construcţia şi dezvoltarea adaptativă a personalităţii reprezintă în fapt o programare (cunoaştere, învăţare, educaţie, experienţă) → antrenare (activare → progres (transformare (+), negentropie), în plan energetic - informaţional, în dinamică evolutivă ontogenetică.

Dimensiunea adaptativă în dezvoltarea şi consolidarea sănătăţii / SM / personalităţii reprezintă:

- criteriu de normalitate / sănătate (SM), de eficienţă / performanţă;
- scop (ţintă, obiectiv) de atins;
- cale (proces, metodologie) în realizarea scopului.

www.dacoromanica.ro

Coordonatele şi definirea adaptării se derulează (se manifestă):

- în plan calitativ - adaptare la schimbare - la nou, de regulă (+);
- în plan cantitativ - mărimea adaptării, la amplitudinea / mărimea schimbării;
- în plan temporal - la rapiditatea / progresia schimbării şi gradientul de ontogeneză.

În esenţă, sănătatea (dezvoltare, consolidare, longevitate) este rezultatul / efectul funcţionării adaptative, adaptare reuşită, adaptare eficientă, adaptare învăţată, adaptare creatoare (cauza). Sigur că, adaptarea la rândul ei se realizează ca rezultat final prin funcţionarea / conlucrarea / sinergismul structurilor, nivelurilor, circuitelor, reţelelor adaptative - de la adaptarea metabolică, funcţională, morfologică la cea nervoasă, psihică, socială, adică adaptarea globală bio-psiho-socială.

Astfel, progresia în dezvoltarea sănătăţii (principiu, generalizare), a sănătăţii mintale (consecinţă, particularizare) se realizează prin evoluţia adaptării - trecerea: de la sănătate medie → la bună → şi la foarte bună, înseamnă progresul adaptativ: de la adaptarea medie → la bună → şi la foarte bună.

În final rezultă, saltul adaptativ (diferenţa), comparând nivelul de start - scăzut, mai mic, cu nivelul realizat - înalt, mai mare, obţinut numai după o perioadă de timp, când a funcţionat sistemul adaptativ.

Adaptarea - ca principiu, criteriu, fenomen, process şi scop - se regăseşte ca o constantă de la biologie la societate şi reprezintă un pilon (o sursă) în „furnizarea" de sănătate / SM şi longevitate / anti-îmbătrânire - selecţie -

➢ biologie, morfologie, fiziologie, evoluţie (14, 17):
  - sindrom general de adaptare, alostază, hormeză;
  - Legea nr. 1 a exersării şi neexersării (Lamarck);
  - use it or lose it (Swaab);
  - funcţia (antrenamentul) face (construieşte) organul - sănătos, rezistent, vital, longeviv;
  - activarea plasticităţii (celulare, tisulare, de organ);

➢ educaţie, pedagogie, cunoaştere, învăţământ, învăţare (educaţie a minţii):
  - mintea omului se hrăneşte învăţând şi gândind (maximă latină);
  - educaţie / învăţământ - ca process formator / formativ:
    - obligatorie în familie şi instituţii (grădiniţă, şcoală, liceu, facultate);
    - facultativă / performanţială - meditaţii, exersare (pentru olimpiade);
  - extinderea învăţării ca proces, exerciţiu şi antrenament - în timp şi spaţiu:
    - educaţia permanentă a adultului (4);
      International Council for Adult Education;
      International Journal of Lifelong Education;
      Global Diversity of Distance Education etc.;
    - învăţarea unei limbi străine după 50 ani,
      ca profilaxie anti-îmbătrânire neuro-psihică;

www.dacoromanica.ro

- neuroştiinţe, cerebroprotecţie, longevitate cerebrală:
  - terapii de activare, cerebrală, de inducţie a neuroplasticităţii;
  - terapii, nutriceutice, neurotrofice - neurometabolice şi neurovasculare;
- metapsihologie (7), psihiatrie psihodinamică (6), sănătate mintală (2, 13), psihologie, psihoterapii, sociologie, ştiinţele comunicării:
  - învăţarea şi antrenarea adaptării, antrenament - cognitiv, emoţional, motivaţional, anti-stres, management stres;
  - (învăţare), (auto) programare, programare neuro-lingvistică;
  - consultanţă, training, coaching;
- medicina muncii, medicina sportivă, muzicologie → dezvoltarea performanţei:
  - muncă - ergonomie, management, marketing organizaţional;
  - sport - antrenamente continue, periodice, cantonamente;
  - artă - exerciţii individuale şi collective (orchestră, tabere creaţie).

În **concluzie,** rezultă deci importanţa (v. Tabelele 2-5):

- procesului de construcţie, dezvoltare, progress, evoluţie;
- câştigului progresiv şi nou de materie (plasticitate, neoformare), de energie (bio-psiho-socio tonus) şi de informaţie (învăţare, programare);
- optimizării, echilibrului, armoniei - prin folosire repetitivă, exerciţiu, antrenament continuu;
- factorului timp - ca perioadă de acumulări succesive sinergice.

**④ Managementul disstresului prin (auto) controlul emoţional (stăpânirea de sine, inteligenţa emoţională) reflectat în filozofia şi înţelepciune lumii**

*Arthur SCHOPENHAUER*

***Prin nimic nu scăpăm mai uşor de stăpânirea altora, decât prin stăpânirea de sine.***

*ANONIM*

***Cel mai mare semn al nobleţii este stăpânirea de sine: ea conferă mai multă demnitate unui rege decât propria-i coroană.***

*SOLOMON*

***Cel care se înfurie greu e mai bun decât un erou, iar un om stăpân pe sine face mai mult decât un cuceritor de oraşe.***

*Charles BRIDGE*

***A cuceri un oraş este un joc de copii în comparaţie cu lupta pe care o dai pentru a te domina. Prima e o luptă de o zi. Cealaltă este un conflict neîncetat şi obositor al unei întregi vieţi.***

www.dacoromanica.ro

*Daniel DEFOE*

***Adevărata domnie constă în a fi stăpân pe tine însuți.***

**Oscar WILDE**

***Pot rezista la orice, mai puțin tentațiilor.***

*Publilius SYRUS*

***Fortior est, qui cupiditates suas, quam qui hostes subjicit.***
***(Este mai puternic decât dușmanii***
***cel care supune pasiunile).***

*Martin LUTHER KING*

***Adevărata blândețe combină fermitatea spiritului cu tandrețea inimii; evită complezența și inacțiunea spiritului slab, la fel ca violența și amărăciunea inimii dure.***

*Marc AURELIU*

***Doamne dăruie-mi***

- ***seninătatea să accept lucrurile pe care nu le pot schimba,***
- ***curajul să le schimb pe cele care pot, și***

***înțelepciunea să știu diferența.***

**Bibliografie selectivă**


1. Angheluță, V., Nica-Udangiu, Ș., Nica-Udangiu, L., *Psihiatrie preventivă,* Ed. Medicală, București, 1986.
2. Brânzei, P., *Viitorul Psihiatriei. Adaptare-integrare-recuperare (problematica medico-psiho-pedagogică a copilului și adolescentului; relația om-mediu și sanogeneza; recuperarea și reintegrarea - modalități și posibilități actuale și de perspectivă; sănătate mintală și asistență psihiatrică; structură și funcție în procesualitatea activității psihice; alcoolismul - implicații bio-psiho-sociale)* Spitalul Clinic „Socola", Iași, 1980.
3. Carrel, A., *L'homme, cet inconnu,* Librarie Plon, Paris, 1935.
4. Foley, G., *Understanding Adult Education and Training,* Allen & Unwin Pty., GB, 2000.
5. Fromm, E., *The sane society,* Fawcett World Library, New York, NY, 1967.
6. Gabbard, G. O., *Psychodinamic Psychiatry in Clinical Practice,* 4th ed., American Psychiatric Publ., Washington, DC, 2005.
7. Kandel, E. R., From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety, *American Journal of Psychiatry,* 140: 1277-1293, 1983.
8. Kineberg, O., *Social psychology,* Holt, New York, NY, 1954.
9. Mărgineanu, N., *Condiția umană. Aspectul ei biopsihosocial și cultural,* Ed. Științifică, București, 1973.


www.dacoromanica.ro

10. Mihailescu R., Sănătatea mintală ca problemă de sănătate publică: reforme şi planuri naţionale, pp. 601-616. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
11. Predescu, V., 150 de ani de asistenţă psihiatrică în România, *Neurologie, Psihiatrie, Neurochirurgie,* vol. 34, nr. 3, pp. 163-170 (număr tematic aniversar: *150 de ani de asistenţă psihiatrică în România,* pp. 161-236), 1989.
12. Porot, A., *Manuel alphabétique de psychiatrie,* Presses Universitaires de France, Paris, 1965.
13. Prelipceanu, D., Mihailescu R., Teodorescu R. (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
14. Riga, D., Riga, S., Mărirea vitalităţii creierului, factor în promovarea stării de sănătate mintală, *Buletinul Academiei de Ştiinţe Medicale (Contribuţia cercetării ştiinţifice medicale la promovarea stării de sănătate a populaţiei în condiţiile vieţii moderne),* nr. 3, pp. 64-65, 1979.
15. Riga, S., Riga, D., Cercetarea internaţională în domeniul stresului, în condiţiile globalizării fenomenului, *Revista Română de Sănătate Mintală,* 4(1): 31-33, 1997.
16. Riga, S., Riga, D. (eds.), Stresul şi societatea modernă (Număr tematic), *Revista Română de Sănătate Mintală,* 11(1): 1-68, 2004.
17. Riga, D., Riga, S., *Medicina anti-îmbătrânire şi ştiinţele longevităţii,* Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, 2007.
18. Săhleanu, V., *De la omul necunoscut la omul cognoscibil,* Ed. Ramida, Bucureşti, 1966.
19. Selye, H., *The Stress of Life,* 2nd ed., McGraw - Hill, New York, NY, 1976.
20. Selye, H., *Stress in Health and Disease,* Butterworths, Boston, MA, 1976.
21. Sorel, E., Socio-psihiatria: o misiune pentru secolul XXI, *Revista Română de Psihiatrie,* 1(1): 3-5, 1999.
22. Thornicroft, G., Tanasella, M., *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services,* Cambridge University Press, New York, NY, 1999.

www.dacoromanica.ro

# Capitolul 6. SĂNĂTATE MINTALĂ, ADAPTARE ANTI-STRES ŞI LONGEVITATE (PERSPECTIVĂ ANTROPOLOGICĂ ŞI BIO-PSIHO-SOCIALĂ)

*Cine nu are bătrâni să-i cumpere.*

**Înţelepciunea populară românească.**

*Honorandum senectutem*
*(Bătrâneţea trebuie respectată).*

**Chilon** (sec. VII î.d.Hr.), unul din cei şapte înţelepţi semilegendari ai Greciei antice.

*Memoria minuitur nisi eam exerceas*
*(Memoria se micşorează dacă nu o exersezi).*

**Marcus Tullius Cicero** (106 î.d.Hr.-43 î.d.Hr.), om politic, orator şi filozof roman, *Cato maior sine De senectute,* 6.

*Pentru a înţelege mai bine aceşti multipli factori ai bolii, să luăm exemplul unui copil de zece ani. Acest copil riscă prea puţin să facă un infarct al miocardului, chiar dacă îl supunem unui stres foarte mare.*

*În cazul acestei boli, există deci doi factori: unul este vârsta, celălalt - expunerea la agenţi stresanţi. De altfel, probabil există mai mult decât doi, căci mai sunt alimentaţia, bagajul ereditar etc.*

*Pornind de la acest exemplu al copilului de zece ani, puteţi înţelege de ce eu (Hans Selye - n.n) compar adeseori stresul biologic cu un lanţ supus unei tensiuni. Dacă este solid - nu se rupe. Dar dacă are inele mai slabe, se rupe.*

*Care este atunci cauza rupturii? tensiunea sau slăbiciunea inelelor?*

**Georgette Goupil,**
*Hans Selye - La Sagesse du stress,*
Nouvelle Optique, Montreal, 1981 (9).

www.dacoromanica.ro

## ① Sănătate şi adaptare în ontogeneza umană

### Resurse adaptogene şi ciclurile vieţii

Factorii agresionanţi (stresorii, disstresorii) supraacuţi, acuţi, subacuţi, cronici, postcronici, şi/sau cumulaţi, biologici, neuropsihici sau culturali, pericole anti-homeostatice şi anti-adaptative vitale sau insidioase, permanente sau ocazionale sunt prezenţi din abundenţă şi într-o mare varietate de-a lungul vieţii individului. Caracterizarea dată de Voltaire acum două secole şi jumătate *Lumea este teatrul răului moral şi al răului fizic; destul îl simţim pe pielea noastră* (**Voltaire,** *Dictionaire Philosophique,* 1764) în mare parte este valabilă şi astăzi.

Posibilităţile, resursele şi rezervele adaptogene ale adultului peste 50 de ani şi ale vârstnicului sunt cu totul altele decât cele ale adolescentului şi adultului tânăr.

Oare cum poate un adult spre vârsta a treia sau om în vârstă să aplice răspunsul *fight or flight (luptă sau fugi),* să acţioneze prin această reacţie de urgenţă furie-luptă sau frică-fugă, specifică pentru **„Înţelepciunea Trupului"** (3) şi întâlnită cel mai adesea la **adolescenţi şi tineri?**

În plus, cum poate un adult peste 50 de ani sau un bătrân să facă faţă la **„Stresul Vieţii"** (34) sau la **„Stres fără Disstres"** (35), iar organismul său să aplice coerent, eficient şi repetitiv cele trei faze (etape) ale sindromului general de adaptare (33), care funcţionează optim la maturitate în confruntarea **individului adult, matur** cu mediul şi semenii, stadiu ontogenetic ce aplică inteligent **„Înţelepciunea Stresului"** (9), dar când este depăşit (ceea ce se întâmplă din nefericire adesea) produce patologia stres-dependentă, bolile adaptării (36). Pe lângă acestea, interacţiunea stresori (disstresori) - răspuns adaptativ al organismului se desfăşoară pe parcursul vieţii (ontogenezei) într-un univers (context) cronobiologic „Cele mai interesante aspecte privind **necesitatea intrisecă înnăscută a ritmurilor** reies din legătura acestora cu **cele trei faze ale Sindromului General de Adaptare (SGA) - faza de alarmă, de rezistenţă şi de epuizare** - care, chiar de mai multe ori pe zi, reflectă la scară redusă ciclicitatea; iar întreaga viaţă a omului ilustrează procesul complet. Indiferent de exigenţele în faţa cărora ne-am afla, comportarea noastră este totdeauna următoarea: la început, surpriza şi teama produse de o situaţie neobişnuită provoacă o reacţie de alarmă; după ce am învăţat cum să rezolvăm problema fără zguduiri suplimentare, urmează perioada de rezistenţă; până la urmă, terminarea rezervelor noastre energetice duce la oboseală şi survine perioada de epuizare. Cele trei faze succesive - care se repetă de-a lungul întregii vieţi, de fiecare dată când ne aflăm în faţa unei solicitări - seamănă surprinzător cu nesiguranţa copilăriei lipsite de experienţă, cu rezistenţa solidă a maturităţii şi cu epuizarea finală şi moartea ce survin la bătrâneţe" (35).

De asemenea, cum poate un om de vârsta a treia şi/sau a patra să reacţioneze la **disstresul propriei senectuţi?**

www.dacoromanica.ro

Simplu şi totodată complex, dificil şi greu - acţionând şi **trăind cu înţelepciune,** având capacitatea superioară de înţelegere şi de judecare a lucrurilor şi dând dovadă de cumpătare, prudenţă şi moderaţie determinate de experienţă şi de spirit de prevedere *(înţelepciune* - Academia Română, Institutul de Lingvistică *Iorgu Iordan, Dicţionarul explicativ al limbii române,* ed. a 2-a, Univers Enciclopedic, Bucureşti, 1998) **şi învăţând din înţelepciune,** în conformitate cu dictonul latin *Doctus erit semper qui vivere scit sapienter (Întotdeauna va fi învăţat acela care ştie să trăiască cu înţelepciune),* adică **devenind un înţelept**. Astfel, în perioada bătrâneţii omul acţionează (şi/sau ar trebui să acţioneze) conform înţelepciunii dezvoltate şi perfecţionate prin experienţele anterioare şi experienţa dobândită în timpul vieţii, aşa cum magistral conchide ***Lucian Blaga*** în poezia sa de sinteză filozofică *Trei feţe* din ciclul *Poemele Luminii,* 1919, Sibiu:

*Copilul râde:*
*Înţelepciunea şi iubirea mea e **jocul** !*
***Tânărul** cântă:*
*Jocul şi-nţelepciunea mea-i **iubirea** !*
***Bătrânul** tace:*
*Iubirea şi jocul meu e-**nţelepciunea** !*

**Interrelaţii temporale negative (repetitive şi amplificatorii): disstres - faza de epuizare a SGA - uzură - îmbătrânire**

Dorind să sublinieze importanţa celei de a treia etape **(faza de epuizare) a SGA,** precum şi **consecinţele stresului,** cu precădere cel cronic şi postcronic asupra fiinţei umane, Selye redefineşte **conceptul de stres** ca fiind **„rata (măsura, coeficientul) uzurii organismului"** (34).

În **faza de epuizare a SGA** există o limită a capacităţii de protecţie a glucocorticoizilor împotriva stresorilor severi (extremi) şi a celor cronici sau de lungă durată. În plus, menţinerea nivelului cronic ridicat al glucocorticoizilor, specific fazei de rezistenţă a SGA poate produce în timp efecte negative asupra ţesuturilor (39). Toxicitatea glucocorticoizilor a fost de altfel demonstrată experimental chiar în zonele creierului implicate major în stres şi SGA. Astfel, administrarea corticosteronului timp de trei luni la şobolani produce o scădere a numărului de neuroni în hipocamp (32). De asemenea, impactul negativ al nivelului cronic ridicat de glucocorticoizi asupra organismului este evident în patologie (boala şi/sau sindromul Cushing) şi la administrarea lor terapeutică de lungă durată.

**Interrelaţia disstres-îmbătrânire** este demonstrată de Selye pe modele experimentale animale, care certifică implicarea stresului în accelerarea semnelor caracteristice ale senescenţei: de la încărunţirea părului şi ridarea pielii la ateroscleroza prematură, tumori maligne şi depozite intracelulare de pigmenţi lipofuscinici (pigmenţi de uzură, de vârstă), (36).

www.dacoromanica.ro

Explicarea conexiunilor sănătate (mintală şi biologică)-stres-uzură-îmbătrânire se realizează optim prin utilizarea şi aplicarea **conceptului vulnerabilitate / stres.** Dezvoltarea şi ontogeneza individului şi a personalităţii umane sunt determinate de factorii înăscuţi, intrinseci (moştenirea genetică) şi de factorii externi (din mediul înconjurător), ambele categorii fiind, în diverse grade, fie pozitive, fie negative, deci cu influenţă, efecte şi consecinţe pozitive sau negative. De aceea, impactul medico-social al stresului la populaţia vârstnică implică interacţiunea a două zone (şi grade) de vulnerabilizare, care se potenţează sinergic provocând la rândul lor scăderea adaptării, accentuarea nocivităţii stresorilor, accelerarea îmbătrânirii şi transformarea senescenţei în senilitate:

- vulnerabilizare psihopatologică (disadaptativă) în plan psihiatric-psihosomatic şi
- vulnerabilizare datorită vârstei înaintate (uzură accelerată structurală şi funcţională - pierdere în capacitatea de adaptare) în plan geriatric (26), vârsta a treia fiind o perioadă critică în ciclul vieţii, cu o vulnerabilitate psihopatologică crescută (16).

Concret, **disstresorii cresc în agresivitate:**

- prin neconcordanţe (care merg la până la incompatibilităţi) dintre fiinţa umană şi factorii negativi din mediul bio-psiho-social, precum şi
- prin nepotriviri ale elementelor negative din moştenirea genetică cu dezvoltarea armonioasă biologică a individului şi a personalităţii sale, şi cu integrarea adaptativă în mediul extern.

În sinteză, **binomul îmbătrânire ⇔ disstres** se caracterizează prin:

- modificări ale senescenţei biologice (structurale şi funcţionale), urmate de modificări psihice (cognitive şi emoţionale), (2, 18, 30), care desmodulează interrelaţia stres-organism bătrân;
- resurse, rezistenţă şi redundanţă (biologice şi psihice) scăzute, ce determină vulnerabilităţi (structural-funcţionale şi cognitiv-emoţionale) crescute la agresiuni şi distres (12, 23). Conexiunea a fost de altfel demonstrată şi experimental: receptorii glucocorticoizi din creierul de şobolan scad cu vârsta (31), iar aceeaşi tendinţă, de descreştere la animalele bătrâne a sensibilităţii la ACTH manifestă şi glandele suprarenale, tendinţă care poate fi compensată prin niveluri bazale mai crescute de ACTH (41). Astfel, şobolanii în vârstă au o vulnerabilitate crescută la stres faţă de cei tineri, fiind deci mai puţin adaptaţi la stres (22);
- posibilităţi adaptative (biologice şi psihice) scăzute, care implică creşterea frecvenţei şi intensităţii reacţiilor de mal-adaptare, însoţite de accentuarea şi agravarea patologiei stres-dependente (a bolilor de adaptare) apărute anterior, în special în stadiul de adult (5);
- scăderea independenţei faţă de stresori, mediul înconjurător şi comunitate, în paralel cu creşterea concomitentă a dependenţei (şi a fricii de dependenţă) faţă de mediu, familie şi societate (44).

www.dacoromanica.ro

Acest **binom negativ: îmbătrânire ⇔ disstres,** trebuie inlocuit încă de timpuriu cu **binomul pozitiv: sanogeneză (sănătate mintală, biologică şi longevitate) ⇔ eustres.** Această inlocuire se realizează prin numeroase măsuri profilactice, de întărire a rezistenţei organismului, de schimbare a stilului de viaţă, de modulare a adaptării etc.

Deci, **stresorii şi stresul** (răspunsul repetitiv şi adaptativ al organismului prin SGA) **accelerează şi agravează uzura şi îmbătrânirea** (consecinţele), iar acestea la rândul lor **închid cercul etio-patologic,** permiţând, prin creşterea vulnerabilităţii fiinţei umane, ca disstresori de mai mică intensitate să determine aceleaşi efecte negative. În consecinţă, faptele şi evidenţele demonstrează necesitatea **introducerii strategiilor de reducere a disstresului la oamenii bătrâni** (30), de înlocuire a disstresului cu eustres, alături de celelalte direcţii terapeutice consacrate de prevenire şi decelerare a îmbătrânirii, cu scop final creşterea longevităţii sănătoase, active şi productive şi consolidarea sănătăţii mintale şi biologice.

În esenţă, **un om ajuns la vârsta a treia şi/sau a patra are de făcut faţă** în permanenţă:

- la confruntarea zilnică cu disstresorii, pe care trebuie să-i contracareze, înlăture, micşoreze, contrabalanseze sau chiar să îi transforme în eustresori;
- la vulnerabilitatea crescută (datorită vârstei) la disstresori a propriului organism;
- la rezistenţa şi resursele biologice şi psihice scăzute de-a lungul vieţii;
- la posibilităţile adaptative biologice şi psihice care s-au diminuat pe parcursul ontogenezei;
- la prezenţa, cronicizarea şi agravarea bolilor de adaptare, declanşate în perioada maturităţii de luptă şi răspuns la stres;
- la senescenţa biologică (structurală şi funcţională), la care se adaugă polipatologia şi disfunctionalităţile specifice vârstnicului (1).

**② Managementul sănătăţii şi longevitaţii**

**Delimitare şi încadrare fenomenologică**

Deci, parafrazând pe iluştrii revoluţionari - **„Ce-i de făcut?",** ce trebuie să facă ca să facă faţă, **cum trebuie să acţioneze un adult spre vârsta a treia şi/sau omul în vârstă ca să ducă eficient o asemenea povară,** încărcată de nocivitate (binomul îmbătrânire ⇔ disstres), povară pe care nu o avea la tinereţe şi nici nu se gândea că o să se confrunte cu ea vreodată?

Încadrarea fenomenului, **răspunsul şi soluţia sunt date de însuşi H. Selye:** *Cea mai mare provocare a umanităţii în prezent este de **a găsi o filozofie a vieţii,** un cod de comportament, care să confere **o bună orientare,** nu pentru a evita stresul (ceea ce este imposibil), ci pentru a-i face faţă **cu scopul de a dobândi sănătate, viaţă lungă şi fericire*** (37). Interesant este faptul că **aceleaşi adevăruri,** paradigme şi răspunsuri (având diferite forme de exprimare în decursul timpului şi de-a lungul spaţiului) **au fost formulate cu mult timp în urmă,** şi se regăsesc încă

www.dacoromanica.ro

**din civilizaţia antică.** De altfel, acest mare adevăr al cunoaşterii aparţine şi **genialităţii eminesciene,** fiind dimensionat spaţio-temporal şi anti-stres cu sensibilitatea şi talentul de excepţie caracteristice poetului:

.....

*Vreme trece, vreme vine,*
***Toate-s vechi şi nouă toate;***
*Ce e rău şi ce e bine*
*Tu te-ntreabă şi socoate;*
*Nu spera şi nu ai teamă,*
*Ce e val ca valul trece;*
***De te-ndeamnă, de te cheamă,***
***Tu rămâi la toate rece.***
.....

*Tu rămâi la toate rece,*
*De te-ndeamnă, de te cheamă;*
*Ce e val, ca valul trece,*
***Nu spera şi nu ai teamă;***
***Te întreabă şi socoate***
***Ce e rău şi ce e bine;***
*Toate-s vechi şi nouă toate.*
*Vreme trece, vreme vine.*
(**M. Eminescu,** *Glossă,* 1883)

**La adultul peste 50 de ani şi omul în vârstă, filozofia vieţii** de a face faţă stresului pentru dobândirea sănătăţii, longevităţii şi fericirii înseamnă **îmbinarea eficientă** şi armonioasă cu **aplicarea perseverentă a strategiilor** (terapiilor) **anti-stres şi anti-îmbătrânire.** Cu alte cuvinte, prin conştientizarea problematicii (vulnerabilitate, stres, îmbătrânire), omul în vârstă este *În căutarea timpului pierdut* (**M. Proust,** 1912-1922), pentru dobândirea (sau consolidarea) sănătăţii şi longevităţii.

Operând în registru binar - pe de o parte evaluarea rezervelor biologice (structurale şi funcţionale), a cantităţii de energie şi a timpului propriei vieţi, iar pe de altă parte bilanţul adaptării anti-stres, experienţei de viaţă şi înţelepciunii dobândite - rezultă definirea unui model de existenţă bipolar stres-adaptare (anti-stres), vulnerabilitate-rezistenţă, tânăr-vârstnic, sanogeneză / profilaxie - patogeneză / boală, particularizat în dimensiune ontogenetică la următoarele coordonate:

- tânărul - care beneficiază de un excedent apreciabil de rezerve, energie şi timp, nu este preocupat de un management eficient al stresului, adaptării, stilului de viaţă şi sănătăţii, pe care deseori o iroseşte în determinare performanţială şi supramotivaţie;
- vârstnicul - care în mare măsură a epuizat rezervele, energia şi timpul, se găseşte în situaţia determinantă ce-l obligă (sau ar trebui să-l oblige) la un management foarte eficient al vieţii psiho-sociale şi biologice rămase; în dimensiune existenţială, categoria de om în vârstă (deseori asimilată cu cea de înţelept) se defineşte prin valorificarea superioară şi dinamică a înţelepciunii dobândite din experienţă şi cunoaştere, cât şi prin acumularea în continuare de înţelepciune; rezultatul evolutiv, existenţial, adaptiv şi cognitiv este reprezentat de crearea şi consolidarea rezervelor specifice vârstnicului, adică rezerva de înţelepciune şi cea de utilizare a înţelepciunii.

www.dacoromanica.ro

Altfel spus, **tânărul** (prin îmbinarea nefericită a entuziasmului cu ignoranța și lipsa de experiență) nu-și pune problema de a controla stresul și cu atât mai mult de a preveni senescența, considerând inconștient că are *Tinerețe fără bătrânețe și viață fără de moarte* (**P. Ispirescu,** *Basmele Românilor,* 1874).

**Adultul** rareori se gândește la acestea, și de cele mai multe ori numai atunci când este forțat și depășit de situațiile disstresante, eforturile prelungite (și de cele mai multe ori fără finalitate sau cu rezultate inverse decât cele așteptate), de epuizarea cronică, panică, anxietate și dezorientare, de depresie și lipsa bucuriei de viață.

Însă **vârstnicul,** pentru a supraviețui în condiții apropiate de normalitate, este obligat de a realiza simultan managementul atât al disstresului, cât mai ales al îmbătrânirii, fiind (sau trebuind sa fie) preocupat de menținerea și consolidarea sănătății (mintale și biologice) și longevității.

De aceea, cunoașterea de către individ a soluțiilor și strategiilor pentru prevenirea și înlăturarea implicațiilor negative ale binomului patogenic disstres ⇔ îmbătrânire devine necesară și actuală.

**Strategii combinate pro-sanogenetice (anti-stres) și pro-longevitate (anti-îmbătrânire)**

Îngrijorător este că **binomul nociv disstres ⇔ îmbătrânire** este supus unei triple agravări sinergice de tip cascadă:

- îmbătrânirea scade rezistența la disstresuri, care astfel devin și mai nocive, provocând și mai mari prejudicii, iar ciclul negativ se reia, accentuând dezechilibrul și declinul bio-psiho-social;
- individul se supune voluntar și greșit (în concepția de a se odihni, căci a muncit o viață întreagă) privării multiple socio-senzoriale, agravată prin inactivitate fizică;
- societatea, prin așa-zisul firesc al lucrurilor, supune vârstnicul în mod nevoit la un disstres nou (pensionare, cu consecințele sale negative) - prin deprivare socio-senzorială, disstres amplificat de familia omului în vârstă (care are priorități schimbate); se realizează o periferizare nemeritată a vârstnicului, inclusiv restrângerea - pierderea rolurilor sociale, profesionale și familiale.

**Soluția terapeutică,** care transformă binomul nociv disstres ⇔ îmbătrânire în **binom pozitiv pro-sanogenetic (anti-stres) ⇔ pro-longevitate (anti-îmbătrânire),** trebuie transferată la nivel societal în politică și programe specializate de sanogeneză și longevitate. Acestea trebuie să acționeze în registru opus: îmbogățirea și activarea individului în plan biologic (fizic, somatic, senzorial), psihic (emoțional, cognirv, volitiv) și social (responsabilități, roluri, suport, relaxare), (29).

Cum niciodată nu este prea târziu, **omul în vârstă poate aborda profesional acest binom nociv (disstres ⇔ îmbătrânire),** prin analiza, perfecționarea și optimizarea relației sale cu propria persoană (cu Eul său) și cu mediul înconjurător (biologic și social).

www.dacoromanica.ro

**③ Optimizarea relației cu propria persoană**

**Activarea și reconstrucția fizică**

Vechiul și mereu actualul dicton ***Mens sana in corpore sano*** *(Minte sănătoasă într-un corp sănătos),* **Decimus Iunius Iuvenalis** (aprox. 60-aprox. 135 d.Hr., poet satiric roman) subliniază necesitatea și simultaneitatea dualității sanogenetice: atât a psihicului cât și a trupului.

**Binomul îmbătrânire ⇔ disstres** își manifestă **nocivitatea** și prin reducerea sau lipsa de mișcare **(hipokinezie)** a individului.

Înaintarea în vârstă, la care se asociază reacțiile mal-adaptative de răspuns (lipsa de activitate fizică și obezitatea) determină **modificări majore ale sistemului muscular și a celui osteo-articular:** diminuarea masei și funcției musculare (sarcopenia), osteoporoza cu mărirea incidenței fracturilor, modificări inflamatorii și alte consecințe negative determinate de stresul oxidativ, care le accentuează pe cele involutive și degenerative.

În plus, deși reacțiile la disstres pregătesc organismul pentru activitatea fizică prin mobilizare metabolică și cardiovasculară, individul datorită contextului vieții moderne, fiind sedentar, nu efectuează descărcarea somatomotorie consecutivă stresului. În acest fel, organismul este supus unor încordări și tensiuni psihofiziologice și vegetative suplimentare, stări conflictuale ce survin deseori în activitatea predominant statică a omului contemporan (5) și mai ales a adultului și a omului în vârstă.

În acest context, **adaptarea unui program de exerciții fizice de intensitate medie și practicarea lor cu regularitate, zilnic devine un obicei sănătos (sanogenetic) - profilactic, terapeutic și de recuperare, cu influențe pozitive demonstrate - anti-stres, anti-uzură și anti-îmbătrânire,** determinând creșterea longevității active și a calității vieții.

Adevăruri de altfel cunoscute, dar numai parțial utilizate:

- *Activitatea fizică pune zăvor bătrâneții și o impiedică să intre în casă,* **Aristofan** (aprox. 446-aprox. 386 î.d.Hr.), poet dramatic grec, cel mai de seamă comic al antichității;
- *Dacă practici exercițiile fizice nu ai nevoie să recurgi la ajutorul medicamentelor,* **Abu Ali Ibn-Sina,** latinizat **Avicenna** (aprox. 980-1037 d.Hr.), filozof și medic tadjic-persan.

Motivația și perseverența în acest demers trebuie conștintizate și aplicate de persoana în vârstă prin activarea și reconstrucția psihicului său. Plimbările și mersul pe jos seara într-o atmosferă nepoluată pot fi un început. Ele trebuie să fie urmate de implicarea mai mare în activitățile casnice ale familiei și de un program de exerciții fizice moderate, introduse și efectuate progresiv, până la 20-30 minute zilnic.

www.dacoromanica.ro

Rezultatele vor fi benefice, pe măsura eforturilor depuse, de la nivel biologic molecular - subcelular - celular la nivel de organ, sistem şi organism. Astfel, exerciţiile fizice desfăşurate cu moderaţie şi în mod regulat (periodic) descresc alterările ADN-ului, cresc repararea ADN-ului şi rezistenţa proteinelor împotriva stresului oxidativ şi radicalilor liberi în muşchii scheletici ai şobolanilor bătrâni (7, 21). La nivel de individ, activitatea fizică creşte masa şi puterea musculară, îmbunătăţeşte funcţionarea sistemului cardiovascular şi ameliorează procesele cognitive (4, 19).

**Activarea şi reconstrucţia psihică**

În conformitate cu acelaşi aforism ***Mens sana in corpore sano*** şi deoarece **individul este un organism bio-psiho-social,** omul de peste 50 ani şi cel în vârstă trebuie **să îmbine armonios reconstrucţia sa biologică cu cea psihică,** ele de altfel potenţându-se sanogenetic reciproc. De aceea, va înlocui nepăsarea şi neglijenţa cronică faţă de propriul organism cu o preocupare sanogenetică continuă faţă de acesta şi va deveni responsabil (se va responsabiliza) pentru propria lui sănătate fizică şi psihică.

Posibilităţi sunt multiple: de la continuarea activităţilor avute înainte de pensionare (de ex. jumătate de normă din serviciul anterior), urmărirea programelor de radio - televiziune, citirea zilnică de ziare, reviste, cărţi (cu discuţii, dezbateri şi aprecieri asupra celor văzute, citite şi auzite), la activităţi ce stimulează gândirea şi logica (jocul de şah), preocupări şi responsabilităţi intelectuale şi comunitare (legate sau nu de profesiunea avută înainte de pensionare) etc. Vârstnicul poate şi trebuie să efectueze această **reconstrucţie psihică,** chiar în lipsa unui cadru instituţionalizat, social şi organizatoric.

Activarea şi reconstrucţia psihică se materializează la nivelul creierului prin **reconstrucţie neuro-biologică şi psiho-nervoasă:** activare neuro-metabolică şi neuro-vasculară, stimularea factorilor neurotrofici şi a factorilor de creştere neuronală, activarea celulelor stem (embrionare) din creier, îmbunătăţirea regenerării la nivel macromolecular şi subcelular, inducerea plasticităţii (neo-construcţia) celulelor nervoase, mărirea numărului de spini dendritici şi formarea de noi sinapse (contacte noi între neuroni), mobilizarea unor rezerve structurale şi funcţionale nervoase.

Faptul că **sistemul nervos central se construieşte şi reconstruieşte în relaţie directă cu activarea psihică,** chiar la vârste înaintate este demonstrat prin longevitatea biologică şi profesională (creaţie) a intelectualilor.

Eficienţa sanogenezei anti-îmbătrânire şi anti-stres prin activare şi reconstrucţie psihică a fost certificată extrem de elocvent prin viaţa şi opera filozofului, savantului şi scriitorului german **Johann Wolfgang von Goethe** (1749-1832 d.Hr.). Datorită utilizării permanente în regim de activare, creierul său s-a mărit în volum şi a crescut în greutate şi după vârsta de 70 ani. În planul creaţiei, activarea psihică s-a materializat prin prolificitate şi valoare: „Faust", capodoperă şi sinteză a geniului său, a început-o la 59 ani şi a terminat-o la 70 ani.

www.dacoromanica.ro

Conceptul de activare - reconstrucție psiho-nervoasă a fost definit extrem de sugestiv în plan neuro-biologic de **Swaab, 1991:** ***use it or lose it (folosește structurile nervoase, neuronii sau îi pierzi),*** (40). El reprezintă actualizarea și dezvoltarea ***Legii nr. 1 (Legea exersării și neexersării)*** a lui **Jean Baptiste Pierre Antoine de Monet de LAMARCK** (1744-1829), naturalist francez, sintetizată în lucrarea sa principală *Philosophie zoologique,* apărută la Paris în 1809: *La orice animal care nu a atins limita dezvoltării sale, utilizarea mai frecventă și mai de lungă durată a unui organ oarecare întărește treptat acest organ, îl dezvoltă, îl mărește și-i comunică o forță proporțională cu durata utilizării lui, pe când neutilizarea continuă a organului îl slăbește treptat, îl face să decadă, îi diminuează progresiv însușirile, în sfârșit, îl face să dispară.*

Ca replică educațională a conceptului s-au dezvoltat strategiile de educație a adultului și vârstnicului, de educație permanentă, de educație continuă, care în plan neuro-biologic și psiho-biologic măresc vitalitatea creierului și promovează starea de sănătate mintală (23).

Noțiunea de activare și reconstrucție psihică este de asemenea foarte sugestiv definită într-o veche sentință latină: ***Mens homini discendo alitur et cogitando (Mintea omului se hrănește învățând și gândind).***

**Autoevaluarea și autoterapia emoțional-cognitiv-volitivă**

Perfecționarea mecanismelor de apărare și de adaptare cu transpunerea lor eficientă și perseverentă în practică contribuie la optimizarea strategiilor anti-stres și anti-îmbătrânire, pro-sanogenetice și pro-longevitate.

Pentru aceasta, în primul rând, individul adult și vârstnic trebuie să-și facă **bilanțul,** împreună cu **autoevaluarea cognitiv-emoțional-volitivă** a sa și a interacțiunii lui cu mediul, în dimensiune spațio-temporală și bio-psiho-socială, adică pe parcursul vieții.

Trebuie să aprofundeze introspecția, **cunoașterea interioară,** altfel spus să aplice maxima ***Nosce te ipsum! = Cunoaște-te pe tine însuți!,*** versiunea latinească cea mai răspândită a vestitei inscripții de la **Delphi (Marcus Tullius Cicero** - 106-43 î.d.Hr. - om politic, filozof și orator roman, *Tusculanae disputationes).* Aceasta este posibil de realizat având în vedere experiența vieții trăite până atunci.

Apoi, **aprofundarea cunoașterii** în general, precum și **a cunoașterii relației lui cu mediul natural și social** îl pot conduce la evaluarea experiențelor trăite. Dar acest **demers și efort cognitiv-adaptativ** trebuie efectuat corect, onest, cinstit și pertinent, adică **cu înțelepciune și moralitate,** deoarece:

*Înțelepciunea fără inteligență este rea,*
*dar inteligența fără înțelepciune este și mai rea.*
**Confucius,** numele latinizat al lui **Kong Qiu** sau **King Fuzi** (aprox. 551-479 î.d.Hr.), filozof antic chinez,

www.dacoromanica.ro

iar **rezultatele lui trebuie transpuse în practică,** aplicate cu perseverență și consecvență. În plus, echilibrul și apropierea de natură, repere ale înțelepciunii populare și a terapiilor alternative, complementare, naturiste, neconvenționale, alături de tăria și noblețea sufletească specifică călugărilor și pustnicilor pot constitui coordonate ale acestui demers gnoseologic și apoi efector.

În confruntarea individului cu ființa proprie (realitatea internă) și cu mediul natural și social (realitatea externă), omul dezvoltă și perfecționează pe parcursul ontogenezei **mecanismele de apărare și mecanismele de adaptare.**

**Mecanismele de apărare** sunt concepte introduse în știință de **Sigmund Freud,** dezvoltate ulterior de fiica sa **Anna Freud,** de alți psihiatri și psihologi, și preluate în *DSM-IV-TR, 2000 (Manualul american de psihiatrie).*

Cele 10 mecanisme (ulterior 18 și 29 + 39) de apărare clasice, descrise de Anna Freud sunt: Refularea, Regresia, Formațiunea reacțională, Izolarea, Anularea retroactivă, Proiecția, Introiecția, Întoarcerea către propria persoană, Transformarea în contrariu, Sublimarea - (6). Ele se definesc ca *procese psihice inconștiente care vizează reducerea sau anularea efectelor neplăcute ale pericolelor reale sau imaginare, remaniind realitatea internă și/sau externă și ale căror manifestări - comportamente, idei sau afecte - pot fi conștiente sau inconștiente (13).*

Mecanismele de apărare se constituie în strategii de analiză și prelucrare a factorilor și informațiilor negative (disstresori), cu scop și funcție de contracarare și reducere a efectelor disstresului. Având experiența (înțelepciunea) de o viață și multiple întâmplări care i-au lăsat un gust amar, adultul și omul în vârstă trebuie să-și analizeze amintirile, să le prelucreze rațional și cognitiv, să perfecționeze (este cazul) și să utilizeze (în viitorul apropiat) tehnicile și mecanismele de apărare conștientizate și îmbunătățite.

**Mecanismele de ajustare (coping) și de adaptare** sunt procese active anti-stres, rezultate din autoaprecierea propriilor acțiuni și motivații ale individului, prin care acesta poate face față unor situații disstresante și poate reuși să le controleze, restabilind homeostazia biologică și psihică (10, 42).

De aceea, analizele însoțite de evaluarea întâmplărilor și situațiilor din propria viață (experiențe negative - eșecuri și experiențe pozitive), precum și a răspunsurilor date, vor contribui la perfecționarea acestor mecanisme și vor constitui căi de legătură între autocunoaștere, sănătate (implicit sănătate mintală), longevitate și calitatea vieții (fericire).

**④ Optimizarea relației cu mediul exterior**

**Înlocuirea opțiunilor nesănătoase (anti-sanogenetice) cu cele sănătoase (sanogenetice)**

În societatea contemporană, **atingerea unei vârste înaintate reprezintă în esență o problemă dublă,** atât de civilizație, cât și de cultură:

www.dacoromanica.ro

- **de civilizaţie,** în sensul condiţiilor de viaţă pe care societatea le crează şi le oferă individului, pentru asigurarea unui mod de trai cât mai adaptat cerinţelor sale; precum şi
- **de cultură,** după cum fiecare individ ştie şi vrea să folosească aceste condiţii pentru a-şi asigura un mod de viaţă cât mai raţional, echilibrat şi igienic.

Din nefericire, ca un rezultat al distorsionărilor în civilizaţia şi în cultura actuală, indivizii preferă opţiunile nesănătoase (anti-sanogenetice) în locul celor raţionale (sanogenetice). Astfel, stresorii prin diversificarea lor cantitativă, calitativă şi în intensitate, alături de distorsiunile civilizaţiei şi culturale determină stiluri de viaţă („life styles") defectuaoase, care prin permanetizare conduc la **boli ale stilului de viaţă („diseases of the life style")** şi la cronicizarea lor (14).

Obiectivele înlocuirii obiceiurilor nesănătoase sunt obţinerea **elementelor stării pozitive de sănătate,** adică **starea de bine („well-being") şi o bună condiţie fizică („fitness"),** care împreună se caracterizează prin cei **„4S" sanogenetici (Strenght, Stamina, Suppleness and Skills),** respectiv vigoare (tărie, putere, forţă), vitalitate (robusteţe, rezistenţă la oboseală), acomodabilitate (adaptabilitate) şi îndemânare (15).

La cei „4S" sanogenetici se poate ajunge prin restructurarea cu eliminarea în final a modului de viaţă neraţional, caracterizat şi el de altfel, de asemenea prin **„4S", dar anti-sanogenetici: Supraalimentaţie, Sare, Sedentarism şi Stres.**

Înlocuirea opţiunilor se poate realiza la nivel de individ, grup sau populaţie. Un exemplu de program de sănătate populaţională este cel aplicat în regiunea Baden-Würtenburg la o populaţie de 9,3 milioane de locuitori şi intitulat **„7 contra 7",** program care ar putea fi aplicat şi în România (14).

Acest program populaţional a fost aplicat în Germania ca parte a **Programului de Intervenţie în Bolile Netransmisibile în Ţările Integrate (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme - CINDIP),** iniţiat de Oficiul Regional European al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii.

**Cele 7 măsuri iniţiale** au fost: 1 - nefumători (care nu au fumat niciodată sau cei care s-au lăsat de fumat); 2 - alcool (moderat); 3 - grăsimi (cele obişnuite, moderat); 4 - calorii (în raport cu necesităţile); 5 - sare (moderat); 6 - stres (combatere); 7 - inactivitate psihică (a fi mai activ).

**Cele 7 boli ţintă,** care s-au redus semnificativ în urma aplicării programului, au fost: 1 - infarct miocardic; 2 - accident vascular cerebral; 3 - hipertensiune arterială; 4 - perturbări ale circulaţiei extremităţilor inferioare; 5 - dereglări metabolice (niveluri sanguine ridicate de colesterol, glucoză, acid uric); 6 - suferinţe hepatice; 7 - patologie osteo-articulară (14).

O serie de **obiceiuri şi deprinderi sănătoase (tot în număr de 7), consideraţi şi indicatori fideli ai longevităţii,** contribuie semnificativ la prelungirea vieţii active şi la extinderea calităţii vieţii, precum şi la scăderea ratei mortalităţii şi morbidităţii.

www.dacoromanica.ro

Acestea sunt: 1 - program de exerciţii fizice de intensitate medie, zilnic; 2 - micul dejun consistent, în fiecare zi; 3 - gustările între mese evitate; 4 - atingerea şi menţinerea unei greutăţi optime; 5 - a nu fuma; 6 - a nu consuma alcool; 7 - somn suficient, cel puţin 7 - 8 h / 24h.

În plus, înlocuirea retragerii (izolării) de viaţa şi activităţile familiei, microgrupului social şi comunităţii, cu implicare şi participare activă (fizică, intelectuală şi relaţională) constituie o abordare utilă şi necesară.

Înlocuirea opţiunilor nesănătoase (patogenetice) cu cele sănătoase (sanogenetice) impune un proces de dublă selecţie (eliminarea răului ⊕ alegerea binelui) şi se regăseşte binar în sistemele (programele) de gestionare a stresului (anti-disstres ⊕ pro-eustres).

În această concepţie, **Programul NEW START (START NOU)** - Institutul de Sănătate Weimar, California, USA relevă faptul că stilul de viaţă este factorul care condiţionează în cea mai mare măsură starea de sănătate. NEW START este acronimul format din iniţiala celor **8 factori sanogenetici (anti - disstres)** importanţi care condiţionează starea de sănătate:

- N (nutrition - alimentaţie echilibrată),
- E (exercise - exerciţii fizice moderate),
- W (water - apă: de băut + hidroterapie),
- S (sunshine - lumină solară),
- T (temperance - moderaţie, cumpătare),
- A (air - aer curat),
- R (rest - odihnă regulată),
- T (trust - credinţă, echilibru mental şi spiritual)

şi înseamnă în fapt armonia cu natura şi cu propria persoană.

**Alimentaţia sanogenetică**

Având în vedere că, în mare măsură suntem ceea ce mâncăm, ceea ce gândim şi ceea ce facem, alimentaţia omului către vârsta a treia şi celui bătrân trebuie să fie echilibrată cantitativ - ca număr de mese, diversificată calitativ - ca principii alimentare de bază şi bogată în substanţe naturale de protecţie (20).

Alimentaţia este un proces voluntar şi conştient, şi de aceea educabil, fapt pentru care stă în puterea omului să părăsească versantul patogenetic şi să se înscrie pe cel sanogenetic, profilactic.

În sinteză, **alimentaţia sanogenetică (hrana inteligentă, stilul de hrănire sănătos)** şi **alimentaţia „medicament"** anti-îmbătrânire şi anti-stres **respectă regulile**: moderaţiei (evitând sub- şi supra-alimentaţia), varietăţii, adaptării (individualizării), progresivităţii, eliminarea nutriţiei patogenetice şi constanţa hranei sanogenetice (11).

**Eliminarea alimentelor nocive** şi a **obiceiuriloe greşite** (care produc aşa-numitele **„boli ale civilizaţiei"**) cuprinde:

www.dacoromanica.ro

- alimentele prelucrate, rafinate, artificializate, concentrate, conservate - cu peste 1500 de aditivi chimici alimentari (conservanţi, stabilizatori, reglatori de aciditate, aromatizanţi, coloranţi, îndulcitori, agenţi de afânare, de hidratare etc.) şi gătite cu ulei prăjit etc.;
- alimente cu densitate calorică mare (grăsimi animale, grăsimi vegetale rafinate + conservante - ulei; glucide simple rafinate - zahăr; băuturi alcoolice etc.);
- alimente care devin toxice prin chimizare suplimentară, consum îndelungat şi excesiv (margarina - ulei vegetal hidrogenat la 150°C sub catalizator de nichel provoacă ateroscleroză şi alterează imunitatea; supele concentrate - conţin glutamat de sodiu, neurotoxic care provoacă boli degenerative ale creierului; băuturi răcoritoare - conţin aspartam şi acid citric care alterează imunitatea; mezelurile - sunt conservate cu glutamat de sodiu, neurotoxic şi cu nitriţi şi nitraţi cancerigeni; cât şi gemurile; muştarul; carnea roşie; zahărul rafinat; sarea etc.).

**Permanenţa hranei sanogenetice (alimentaţiei terapeutice, hrană naturală - biologică, alimentaţie de protecţie contra bolilor)** - cum încă din antichitate cu înţelepciune ne sfătuia cel mai mare medic al său, **Hippocrate** (460-377 î.d.Hr.) - *Alimentul tău să fie medicamentul tău şi medicamentul tău să fie alimentul tău:*

- hrană vegetală (alimentaţie vegetariană) - legume / zarzavaturi, fructe şi cereale - constituie o bogăţie de: glucide vegetale complexe (amidon); fibre alimentare (hidrosolubile: tărâţe de ovăz, leguminoase - fasole, mazăre, soia; insolubile: celuloza); acizi graşi nesaturaţi; vitamine (C, grupul B, carotenoizi, E, K, P etc.); bioelemente / săruri minerale (K, Mg, P, Zn, Se, Cr etc.); anti-oxidanţi; coenzime (Coenzima Q10 etc.) şi enzime (superoxid dismutaza etc.); alte substanţe naturale de protecţie - indoli (varză, conopidă, brocoli), izotiocianaţi (conopidă, varză), bioflavonoizi (fructe, legume, cereale), compuşi fenolici, cumarine şi lactone (fructe citrice, legume); substanţe cu acţiune antibiotică, antivirală, antifungică - fitoncide (alicina - în usturoi, ceapă; sinigrina - în hrean, ridichi, varză; tomatina - în pătlăgele roşii etc.);
- cereale integrale (nerafinate), tărâţe, inclusiv încolţite (grâu, orez, orz, ovăz, mei, secară, porumb); seminţe (dovleac, floarea soarelui, susan, migdale);
- alge marine, peşte (ton, somon, sardele, hering, macrou) şi preparate din peşte;
- lapte şi produse lactate degresate, cu culturi selecţionate (iaurt, lapte acru, kefir, sana);
- suplimentarea consumului de lichide - cantitativ (minim 2 litri zi) şi cu frecvenţă (5-6 ori / zi), pentru asigurarea echilibrului / homeostaziei hidrice;
- reducerea / restricţia calorică (energetică) - ca strategie de longevitate (sănătoasă, activă) şi terapie nespecifică polivalentă, prin modulare genetică (8, 17, 43).

www.dacoromanica.ro

**Activarea cerebrală metabolică şi vasculară**

Activarea cerebrală - metabolică şi vasculară - realizează pe de o parte menţinerea funcţionalităţii normale a creierului în plan neuro-metabolic, neuro-biologic, psiho-biologic şi psiho-social şi asigură pe de altă parte procesele de regenerare subcelulară, neurotroficitate şi neuroplasticitate prin care creierul luptă împotriva disstresului şi îmbătrânirii (27, 28).

**Fundamentarea activării cerebrale** ca proces natural sau terapeutic se bazează pe următoarele fapte:

- **particularităţile creierului** - selecţie - deşi reprezintă doar 2,5% din greutatea corpului, utilizează 17% din debitul cardiac; creierul este foarte bogat în apă - 90%, depăşit fiind numai de sânge cu 92% apă; este foarte bogat în grăsimi complexe cu N, P şi S - glicerofosfatide şi sfingolipide, care ajung până la 60% din reziduul uscat, dublu faţă de muşchi; este lipsit de rezerve glucidice - glicogen, spre deosebire de muşchi şi ficat, fapt pentru care este consumatorul cel mai mare de glucoză - de 2 ori mai mult decât muşchiul, de 3 ori mai mult ca rinichiul; substratul energetic este aproape în exclusivitate glucoza (QR $\approx$ 1); creierul este cel mai aerob organ, producând energie 5 / 6 pe cale aerobă - ciclul acizilor tricarboxilici (36 molecule ATP) şi numai 1 / 6 prin glicoliză anaerobă (2 molecule ATP) etc;
- **aria etio-patogenică comună** - în disstres (acut şi cronic / psihic şi biologic) şi îmbătrânire (normală şi patologică) - este reprezentată la nivelul creierului şi organismului de stresul oxidativ (stresul hipoxic şi ischemic $\oplus$ atacul radicalilor liberi $\oplus$ scăderea protecţiei şi apărării anti-oxidante $\oplus$ acumularea progresivă a pigmenţilor de uzură şi îmbătrânire - lipofuscină şi a pigmenţilor patologici - ceroid) $\oplus$ stresul hipercatabolic $\oplus$ stresul hipoanabolic (24).

**Activarea cerebrală - ca proces natural** homeostaziant, eutrofic şi sanogenetic - anti-stres şi anti-îmbătrânire se realizează prin cele 2 modalităţi prezentate anterior:

- **hrană sanogenetică neurotrofică** - ca suport natural de construcţie pentru neurometabolismul structural, pentru asigurarea protecţiei, rezistenţei, rezervelor (redundanţei) şi vitalităţii; şi
- **funcţionarea stimulativă a creierului** în plan psihic, somatic şi social - ca suport natural fiziologic pentru neurometabolismul funcţional - în concepţia primei legi lamarckiene (şi a transpunerii ei în formula vulgarizată - „funcţia creează organul", parţial incorectă, dar sugestivă), redefinită modern în antrenarea „muşchiului" creierului, care prin activare psihofuncţională (mecanism primar) provoacă activare neurocirculatorie şi neurometabolică (ca mecanism secundar, reflex).

**Activarea cerebrală - ca proces terapeutic şi de recuperare** - anti-stres şi anti-îmbătrânire se efectuează printr-o abordare multi-factorială. Mijloacele terapeutice sunt reprezentate de terapiile ortomoleculare, holistice, integrative şi sistemice, care folosesc:

www.dacoromanica.ro

- pentru **activarea neurometabolică** - produse naturale, şi anume constituienţi biologici ai creierului ca pro-medicamente sau medicamente: antioxidanţi, vitamine, bioelemente, coenzime, fosfolipide, aminoacizi, aminoalcooli, acizi graşi ω-3 polinesaturaţi etc.;
- pentru **activare neurovasculară** - extracte din plante medicinale (Ginkgo biloba, Kava-kava, Gatu kola, castane, afine, ghimpe, salcie, salvie etc.), vitamine (PP, P, C, E), bioelemente (Se, Mg, Zn), antioxidanţi etc. (25).

**Autoevaluarea şi autoterapia pro-sanogenetică (anti-stres) şi pro-longevitate (anti-îmbătrânire)**

**Strategiile pro-sanogenetică (anti-stres)** se **potenţează sinergic** cu **cele pro-longevitate (anti-îmbătrânire)** atunci când sunt aplicate şi utilizate de adulţii peste 50 de ani şi vârstnici, deoarece ţintele lor comune sunt reducerea vulnerabilităţii, inducerea longevităţii active şi susţinerea sanogenezei.

În baza cunoştinţelor, experienţei acumulate (un adevărat „antrenament de viaţă anti-stres") şi implicit a înţelepciunii rezultate (din sinteza educaţie - experienţă), adultul şi vârstnicul trebuie să se autoevalueze activ în plan bio-psiho-social şi să utilizeze (auto-terapie) cu motivaţie şi perseverenţă oportunităţile individuale şi ale societăţii în managementul combinat al stresului şi îmbătrânirii.

Rezultă o strategie individuală şi individualizată, bazată pe autodisciplină şi concretizată într-un Program pro-sanogenetic (anti-stres) şi pro-longevitate (anti-îmbătrânire), (modificat după Burns, 1990), în 5 planuri:

- organizatoric: 1 - program de viaţă (bioritm veghe-somn) foarte ordonat şi regulat; 2 - odihnă şi relaxare - ziua; 3 - somn odihnitor, suficient, la ore fixe - noaptea; 4 - reducerea / eliminarea medicaţiei psihotrope - stimulente, anxiolitice, somnifere;
- nutriţional: 5 - alimentaţie sanogenetică, naturală, hipocalorică;
- fizic, somatic: 6 - activitate fizică şi relaxare - gimnastică, plimbări, dans, turism;
- psihic: 7 - asigurarea motivaţiilor personale, autovalorizare; 8 - relaxare activă stimulativă: lecturi, muzică, teatru, film; radio, TV; 9 - bună dispoziţie, tonus pozitiv şi umor;
- social: 10 - contacte sociale interactive şi frecvente - vizite, întâlniri, spectacole etc.

Îmbătrânirea şi stresul preocupă întreaga comunitate, datorită **mondializării stresului societal şi îmbătrânirii populaţiei**:

- **în plan medico-social** - socio-psihiatria (ca ştiinţă antropologică) integrează individul în familie, profesie, cultură şi comunitate (38); tema celui de al 7-lea Congres mondial de Biogerontologie (1997) a fost „Prelungirea duratei de viaţă sănătoasă activă" şi a celui de al 16-lea Congres mondial de Gerontologie (1997) a fost „Îmbătrânire dincolo de anul 2000. O singură lume, un singur viitor", iar strategia Asociaţiei mondiale de Gerontologie este sintetizată în principiul: „Trebuie să dăm viaţă anilor şi nu ani vieţii";

www.dacoromanica.ro

- **în plan internaţional** - ONU a declarat anul 1999 ca „An internaţional al oamenilor în vârstă"; OMS a elaborat Raportul „Îmbătrânire şi sănătate" (1995); Raportul OMS privind „Starea de sănătate mintală în lume" (1996) a introdus conceptul de „speranţa de sănătate a vârstnicului", care implică o bătrâneţe activă, sănătoasă şi tot OMS a dedicat în 1999 Ziua Mondială a Sănătăţii temei „Importanţa îmbătrânirii active".

Cu speranţa că cele scrise vor fi citite, înţelese, acceptate şi aplicate în viaţa zilnică, în special de cei cărora li se adresează cu prioritate, încheiem prin cuvintele înţelepte ale lui **Saadi** (pe numele adevărat **Muslih-ad-Din,** 1213-1292 d. Hr.), clasic al literaturii persane şi tadjice, una dintre personalităţile cele mai originale ale culturii iraniene: *Noi am dat poveţe la locul potrivit şi am pierdut pentru aceasta câteva vreme; dacă nu va fi pe gustul urechii unora, ce să-i faci - datoria solului este de a da de veste şi numai atât.*

**Bibliografie selectivă**


1. Bălăceanu-Stolnici, C. (ed.), *Geriatrie practică,* Ed. Medicală Amaltea, Bucureşti, 1998.
2. Bogdan, C., Talaban, I., Echilibrul psihosocial şi longevitatea, pp. 266-267. In: P. Brânzei (ed.), *Viitorul Psihiatriei. Adaptare - Integrare - Recuperare,* Iaşi - Bacău, Spitalul Clinic „Socola" Iaşi şi Întreprinderea Poligrafică Bacău, 1980.
3. Cannon, W. B., *The Wisdom of the Body,* Norton, New York, NY, 1932-1st ed., 1939-2nd ed..
4. Christensen, H., Mackinnon, A., The association between mental, social, and physical activity and cognitive performance in young and old subjects, *Age Ageing,* 22: 175-182, 1993.
5. Derevenco, P., Anghel, I., Băban, A., *Stresul în sănătate şi boală. De la teorie la practică,* Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1992.
6. Freud, A., *Le Moi et les Mécanismes de défense,* Presse Universitaire de France, Paris, 1936 et 1993.
7. Goto, S., Takahashi, R., Kumiyama, A., Radák, Z., Hayashi, T., Takenouchi, M., Abe, R., Implication of protein degradation in aging. In: S. C. Park, E. S. Hwang, H.-S. Kim, W.-Y. Park (eds.), *Healthy Aging for Functional Longevity. Molecular and Cellular Interactions in Senescence,* Annals of the New York Academy of Sciences, 928: 54-64, New York Academy of Sciences, New York, NY, 2001.
8. Goto, S., Takahashi, R., Aroki, S., Nakamoto, H., Dietary restriction initiated in late adulthood can reverse age-related alterations of protein and protein metabolism. In: D. Harman. (ed.), *Increasing Healthy Life Span: Conventional Measures and Slowing the Innate Aging Process,* Annals of the New York Academy of Sciences, 959: 50-56, New York Academy of Sciences, New York, NY, 2002.
9. Goupil, G., *Hans Selye - La Sagesse du Stress,* Nouvelle Optique, Montreal, CA, 1981.


www.dacoromanica.ro

10. Holahan, C. J., Moos, R. H., Shafer, J. A., *Handbook of Coping Theory. Research, Applications,* J. Wiley, New York, NY, 1996.
11. Hutchinson, M. L., Munro, H. N., (eds.), *Nutrition and Aging,* Academic Press, Orlando, FL, 1986.
12. Iamandescu, I. B., *Stresul psihic din perspectiva psihologică şi psihosomatică,* Ed. Infomedica, Bucureşti, 2002.
13. Ionescu, Ş., Jacquet, M.-M., Lhote, C., *Les méchanismes de défense. Théorie et clinique,* Nathan-Université, Paris, F, 2001.
14. Ionescu, T., *Bolile cronice. O prioritate de sănătate publică în România,* Ministerul Sănătăţii şi Familiei, Centrul de calcul, statistică sanitară şi documentare medicală, Bucureşti, 2001.
15. Ionescu, T., Mureşan, P., Perţache, I., *Aspecte demografice de sănătate şi sociale ale populaţiei vârstnice din România,* Ministerul Sănătăţii şi Familiei, Centrul de calcul, statistică sanitară şi documentare medicală, Bucureşti, 2001.
16. Lăzărescu, M., Doctrina vulnerabilitate/stres în psihiatria contemporană, *Al 2-lea Congres Naţional de Psihiatrie „Tulburările nevrotice în actuala dinamică a factorilor de stres".* Volum lucrări: 12, 224-230, 570, Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 2003.
17. Masoro, E. J., McCarter, R. J. M., Dietary restriction as a probe of mechanisms of senescence, pp. 183-197. In: V. J. Cristofalo, M. Powell-Lawton (eds.), *Special Focus on the Biology of Aging,* Springer, New York, NY, 1991.
18. Milcu, Şt. M., Sindromul psihosomatic al bătrânului valid, *Viaţa Medicală,* 31: 277-280, 1984.
19. Miller, T. D., Balady, G. J., Fletcher, G. F., Exercise and its role in the presentation and rehabilitation of cardiovascular disease, *Ann. Behav. Med.* 19: 220-229, 1997.
20. Ordy, J. M., Harman, D., Alfin-Slater, R. B. (eds.), *Nutrition in Gerontology,* Raven Press, New York, NY, 1984.
21. Radák, Z., Naito, H., Kaneko, T., Tahara, S., Nakamato, H., Takahashi, R., Cardozo-Pelaez, F., Goto, S., Exercise training decreases DNA damage and increases DNA repair and resistance against oxidative stress of proteins in aged rat skeletal muscle, *Pflugers Arch. - Eur. J. Physiol,* 445: 273-278, 2002.
22. Riegle, G. D., Chronic stress effects on adrenocortical responsiveness in young and aged rats, *Neuroendocrinology,* 11: 1-10, 1973.
23. Riga, D., Riga, S., Mărirea vitalităţii creierului, factor în promovarea stării de sănătate mintală., *Rev. Sanit. Milit.,* 82: 421-431, 1979.
24. Riga, D., Riga, S., Stres, stres oxidativ, îmbătrânire şi patologie neuro-psihică, pp. 221-225. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
25. Riga, S., Riga, D., Terapii moderne de activare cerebrală anti-stres şi anti-îmbătrânire, pp. 415-440. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.

www.dacoromanica.ro

26. Riga, S., Riga, D., Prelipceanu, D., Negrescu. C., Carp, C., Hriscu, E., Stres şi vulnerabilitate psihopatologică în psihogeriatrie, *Al 2-lea Congres Naţional de Psihiatrie „Tulburările nevrotice în actuala dinamică a factorilor de stres"*, Volum lucrări: 12, 231-237, 571, Ed. Imprimeriei de Vest, Oradea, 2003.
27. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Regenerative medicine: Antagonic-Stress® therapy in distress and aging. I. Preclinical synthesis - 2003, pp. 396-400. In: A. D. N. J. de Grey (ed.), *Strategies for Engineered Negligible Senescence. Why Genuine Control of Aging May Be Foreseeable,* Ann. New York Acad. Sci., vol. 1019, New York Academy of Sciences, New York, NY, 2004.
28. Riga, S., Riga, D., Schneider, F., Prolongevity medicine: Antagonic-Stress® drug in distress, geriatrics and related diseases. II. Clinical review - 2003, pp. 401-405. In: A. D. N. J. de Grey (ed.), *Strategies for Engineered Negligible Senescence. Why Genuine Control of Aging May Be Foreseeable,* Ann. New York Acad. Sci., vol. 1019, New York Academy of Sciences, New York, NY, 2004.
29. Riga, D., Riga, S., *Medicina anti-îmbătrânire şi ştiinţele longevităţii,* Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, 2007.
30. Rosch, P. J., Stress, senescence and longevity: how are they connected?, pp. 127-138. In: D. T. Kenny, J. G. Carlson, F. J. McGuigan, J. L. Sheppard (eds.), *Stress and Health. Research and Clinical Applications,* Harwood Acad. Publ., Amsterdam, 2000.
31. Sapolsky, R. M., Krey, L. C., McEwen, B. S., Corticosterone receptors decline in a site-specific manner in the aged rat brain, *Brain Res.,* 289: 235-240, 1983.
32. Sapolsky, R. M., Krey, L. C., McEwen, B. S., Prolonged glucocorticoid exposure reduced hippocampal neuron number: implication for aging, *J. Neurosci,* 5: 1222-1227, 1985.
33. Selye, H., The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation, *J. Clin. Endocrinol*, 6: 117-230, 1946.
34. Selye, H., *The Stress of Life,* McGraw-Hill, New York, NY, 1956-1st ed., 1976-2nd ed.
35. Selye, H., *Stress without Distress,* J. B. Lippincott, Philadelphia, PA, 1974.
36. Selye, H., *Stress in Health and Disease,* Butterworths, Boston, MA, 1976.
37. Selye, H., *Selye's Guide to Stress Research,* vol. 1, Van Nostrand Reinhold, New York, NY, 1980.
38. Sorel, E., Socio-psihiatria: o misiune pentru secolul XXI, *Rev. Rom. Psihiatr,* 1(1): 3-5, 1999
39. Spencer, R. L., Miller, A. H., Young, E. A., McEwen, B. S, Stress-induced changes in the brain: implications for aging, pp. 17-29. In: G. Nappi, A. R. Genazzani, E. Martignoni, F. Petraglia, (eds.), *Stress and the Aging Brain. Integrative Mechanisms,* Raven Press, New York, NY, 1990.
40. Swaab, D. F., Brain aging and Alzheimer's disease, „wear and tear" versus „use it or lose it", *Neurobiol. Aging,* 12: 317-324, 1991.

www.dacoromanica.ro

41. Tang, F., Phillips, J. G., Some age-related changes in pituitary-adrenal function in the male laboratory rat, *J. Gerontol.,* 33: 377-382, 1978.
42. Tudose, F., *Orizonturile psihologiei medicale,* Ed. Infomedica, Bucureşti, 2003.
43. Weindruch, R., Walford, R. L., *The Retardation of Aging and Disease by Dietary Restriction,* C. C. Thomas Publ., Springfield, IL, 1988.
44. White, A. M., Groves, M. A., Interdependence and the aged stereotype, *Austral. J. Age,* 16: 83-89, 1997.

www.dacoromanica.ro

# Capitolul 7. TERAPII MODERNE DE ADAPTARE ŞI ACTIVARE ANTI-STRES (OXIDATIV ŞI BIOLOGIC)

*Medicii excelenţi previn boala,*
*medicii mediocri o tratează înainte de a deveni evidentă,*
*medicii slabi tratează boala manifestată.*

**Aforism** din primul text medical chinezesc (anul 2600 î.d.Hr.), care cu aproape 5000 de ani în urmă caracterizează magistral evaluarea medicilor.

*Boala trebuie zădărnicită înainte de a veni.*

**Proverb persan.**

*Cependant,* ***l'exercice des fonctions adaptives*** *paraît indispensable au développement optimum de l'individu. ...*

*Nous ne connaissons pas encore complètement* ***l'effet de la carence des fonctions adaptives*** *sur le développement des hommes.*

**Alexis Carel,** *L'homme, cet inconnu, Chapitre VI - Les fonctions adaptives,* pp. 229-281,
*XIII - Nécessité de l'activité des fonctions adaptives pour le développement optimum des êtres humains,* pp. 276-279, Librairie Plon , Paris, 1935.

*Stress, in addition to being itself*
*and the result of itself,*
*is also cause of itself.*

**Roberts, R.,** The general adaptation syndrome,
*British Medical Journal,* 2: 104, 1950.

www.dacoromanica.ro

**① Diagnostic şi evaluare globală**

La începutul **secolului 21,** în plină **globalizare a stresului (individual ↔ societal),** medicina modernă a stresului este reprezentată prin progresele ştiinţifice majore şi rapide făcute în dualitatea complementară (şi obligatorie) diagnostic - terapie.

Astfel, **binomul: diagnostic stres / adaptare → terapie anti-stres / adaptaţională** trebuie să integreze:

- tulburările sistemului de stres, perturbarea axei hipotalamo-hipofizo-suprarenală (creştere: stres cronic şi patologie stres-dependentă specifică; scădere: stres postcronic şi altă patologie stres-dependentă caracteristică), adaptare centrală şi periferică, homeostazie psihic-comportamentală şi biologic-metabolică (2);
- agravarea - amplificarea stresului prin stres (stresuri multiple şi cumulative, stres cronic ca mediator al stresului acut, stres acut / cronic → anxietate / depresie: tulburări psihice amplificatoare de stres), (10);
- modele euristice (bio-psiho-sociale ale stresului şi implicit ale sănătăţii mintale / biologice), modele multifactoriale stres ↔ morbiditate, determinări sociale ale sănătăţii / bolii, interfeţe psiho-neuro-endocrino-imune-metabolice în sanogeneză / patogeneză (21);
- stresul oxidativ (radicali liberi) ca etio-patologie comună în disstres (acut - cronic / psihic - biologic) ↔ uzură (neuro-psiho-biologică) ↔ senescenţă cerebrală (proteine insolubile, lipofuscină - pigment de uzură şi îmbătrânire în neuron etc.), (3, 5, 18, 20).

De aceea, **exigenţele diagnosticului modern în stresologie, adaptologie şi sănătate (mintală / biologică)** sunt: dimensiune bio-psiho-socială, structurare multi-axială şi integrativă, complementaritate (stres / anti-stres) şi individualizare (tipologie).

Astfel, diagnosticul complementar este obligatoriu pentru personalizarea impactului stres / patologie stres-dependentă → individ şi mai ales pentru eficientizarea terapiei multivalente anti-stres / de promovare a sănătăţii (mintale / biologice) şi cuprinde:

- măsurarea agresiunii şi consecinţelor (tulburărilor) - tipuri de stres, natura şi intensitatea disstresorilor, diagnosticul şi evaluarea: stilului de viaţă, tulburărilor stres-dependente (acute, cronice) şi psihosomatice, gradului de intoxicare al organismului;
  - ➢ metodologie /instrumente - ICD-10, WHO, 1992; DSM-IV-TR, APA, 2000; Profilul de stres Wheatley (WSP); Scala de evaluare clinică a neurasteniei; Oxidative Stress Profile; analiza minerală tisulară;
  - * descrierea conceptelor, proceselor şi metodologiilor specificate sunt prezentate pe larg în partea I - Stresologie;

www.dacoromanica.ro

- evaluarea homeostaziei şi adaptării - balanţa = disstres + eustres, sindromul general de adaptare, apărarea psihodinamică şi comportamentală, tulburări de adaptare, cascada dezadaptării şi bolilor, tipologie individuală psiho-neuro-endocrino-metabolică, apărare anti-oxidantă şi mecanisme de detoxifiere;
  - ➢ metodologie /instrumente - ICD-10, WHO, 1992; DSM-IV-TR, APA, 2000; stilurile de coping; tipuri de comportament; Scala de evaluare a readaptării sociale; Scala de autoevaluare a adaptării sociale; Scale de auto- / hetero-evaluare psiho-geriatrică; Total Antioxidant Status;
  - * descrierea conceptelor, proceselor şi metodologiilor specificate sunt evidenţiate detaliat în partea II- Adaptologie.

**② Personalizarea (individualizarea) terapiilor anti-stres / de adaptare**

**Analiza Minerală Tisulară (AMT)** - mineralograma (22) este o metodă ultramodernă, total neinvazivă (analizează firul de păr), una dintre cele mai complete (dintr-o singură probă determină 39 minerale din organism) şi plurivalent - integrativă (caracterizează 3 tipologii).

Cele 39 elemente (cu rolurile lor funcţionale) caracterizează în organismul uman:

- nivelul de asigurare (rezerve, carenţe, excese, niveluri toxice) cu 33 elemente (macro-, oligo- şi microelemente): 18 cu rol esenţial - calciu, magneziu, natriu, kaliu, cupru, zinc, fosfor, fier, mangan, crom, seleniu, bor, cobalt, germaniu, molibden, siliciu, sulf, vanadiu şi 15 nocive prin cantitate mare - stibiu, bariu, bismut, aur, litiu, nichel, platină, rubidiu, scandiu, argint, stronţiu, staniu, titan, wolfram, zirconiu;
- gradul de contaminare / intoxicare cu 6 elemente deosebit de toxice şi/sau cancerigene - arsenic, beriliu, mercur, cadmiu, plumb, aluminiu.

AMT are o specificitate remarcabilă în:

- diagnosticul stresului (acut şi cronic, neuro-endocrin şi oxidativ-metabolic) şi evaluarea celor 3 (trei) faze ale Sindromului general de adaptare (I - alarmă, II - rezistenţă, III - epuizare); şi
- caracterizarea a 3 (trei) tipologii (care individualizează gestionarea stresului şi personalizează răspunsul - adaptarea anti-stres): sistemul nervos vegetativ (2 tipuri - dominantă simpaticotonică sau parasimpaticotonică, fiecare cu 4 subtipuri, în total 8 subtipuri) ⊕ sistemul endocrin (4 subtipuri, prin combinarea a 2 evaluări - tiroidiană şi suprarenală cu 2 intensităţi - hipo- şi hiperfuncţie) ⊕ metabolismul energetic-oxidativ (4 subtipuri: scăzut, mediu - 2 feluri, crescut).

Avantajele excepţionale ale mineralogramei rezultă din caracterizarea celor 16 tipologii integrate neuro-endocrino-metabolice şi măsurarea rezervelor / răspunsurilor de adaptare / depăşire a stresurilor, a rezistenţei / fragilităţii şi sănătate / tulburări, care conduc la individualizarea - personalizarea terapiilor anti-stres în relaţie etio-patogenică (determinism cauză-efect). În acest mod se asigură o

www.dacoromanica.ro

calitate deosebită şi o eficienţă remarcabilă demersului sanogenetic - profilactic - terapeutic - de recuperare anti-stres (în patologia stres-dependentă) şi de promovare a sănătăţii (mintale / biologice).

În plus, pentru aprofundarea individualizării - specificităţii terapiilor de adaptare şi activare anti-stres sunt necesare:

- evaluarea **în sânge:**
  - a **stresului oxidativ** (atacul radicalilor liberi / speciilor reactive de oxigen şi azot) - peroxizi lipidici, produşi finali de peroxidare etc. şi
  - a **apărării** (supravegherii) **antioxidante** - capacitate antioxidantă totală, apărare antioxidantă primară şi secundară, nivelul antioxidanţilor primari, secundari, terţiari - dozarea „arsenalului" antioxidant: bioelemente, vitamine, aminoacizi, coenzime, enzime etc. (v. şi cap. 9, partea II-a); şi
- monitorizarea funcţiei de **detoxifiere hepatică** (şi **renală**), care se desfăşoară în 2 etape:
  - **faza I oxidoreducere** (transformarea toxicului liposolubil în hidrosolubil),
  - urmată de **faza II hidroliză, metilare / demetilare** şi mai ales **conjugare** - cu sulfat activ, acetil-CoA, acid glicuronic, aminoacizi, glutation (transformă toxicul hidrosolubil în substanţă eliminabilă prin rinichi).

### ③ Magneziul în stres / boală şi adaptare / terapie

Un rol foarte important în biologia - medicina stresului - adaptării - sănătăţii (mintale / biologice) îl joacă **magneziul (Mg)** - homeostazia: circulantă în sânge - depozitele din ţesuturi; balanţa: aport - eliminare; interrelaţiile: agoniste - antagoniste; intervenţia în: sindromul general de adaptare - patologia stres-dependentă (9, 22). Mg este un bioelement esenţial al organismului uman, cantitativ al 4 -lea cation (cca. 25 g), distribuit în oase, muşchi scheletici, ficat, inimă, pancreas, un element cheie în metabolismul celular, conţinut în peste 300 sisteme enzimatice, un anti-stres, sedativ şi laxativ natural, fundamental pentru sănătatea somatică, mintală, starea de bine şi longevitate.

**Pierderea, deficitul, balanţa negativă de Mg - relativă sau absolută** sunt asociate cu o multitudine de stări funcţionale, disfuncţii, tulburări şi boli: stres psihic, biologic, oxidativ; activitate fizică, sportivă în exces; sarcină, alăptare, eclamsie, sindrom premenstrual; alcoolism acut / cronic şi diabet cu complicaţiile lor; şoc toxic, infecţii, imunitate scăzută, cancer; HTA, atero- şi arterioscleroză, tulburări de ritm cardiac, spasme vasculare, ischemie şi infarct miocardic; hipertrigliceridemie, hipercolesterolemie, lipoproteine LDL şi VLDL crescute şi HDL scăzute; osteoporoză, osteoartrite, bursite; litiază biliară şi renală, urinări frecvente / imperioase, constipaţie; hiperexcitabilitate, hiperreflectivitate, tremor, fasciculaţii şi crampe musculare; tetanie, spasmofilie, convulsii, epilepsie; spasme cerebrale, cefalee, vertij, accidente ischemice tranzitorii; hiperiritabilitate, dificultăţi de atenţie / concentrare, pierdere de memorie; anxietate, depresie; apatie, sindrom de oboseală cronică; insomnie.

www.dacoromanica.ro

**Interrelația stres ⇔ deficit de Mg** devine periculoasă pentru sănătatea omului, deoarece este un binom puternic şi sinergic patogenic, de auto-amplificare negativă:

- stresul (acut şi cronic / psihic, fizic, oxidativ) →
- provoacă deficit de Mg, care la rândul său creşte vulnerabilitatea la stres prin fragilizarea structurilor biologice →
- şi în consecinţă pe o rezistenţă scăzută anti-stres →
- aceeaşi stresori (ca intensitate, durată, cumulare) devin mult mai nocivi →
- fapt ce declanşează o reacţie multi-factorială anti-sanogenetică, de amplificare negativă în cascadă →
- care provoacă tulburările şi bolile enumerate anterior.

De aceea, pentru o terapie corectă este necesară diagnosticarea şi evaluarea stresului (prin instrumente multi-axiale, cum ar fi WSP) şi a deficitului de magneziu (sânge - masa circulantă / depozite - mineralogramă).

Pentru analiza balanţei de Mg şi interpretarea funcţiilor multiple anti-stres / sanogenetice ale Mg trebuie integrate, în funcţie de concentraţie (doză):

- interrelaţii antagoniste - Mg / minerale (Ca, Na, K, P, Fe, Mn, Cd, Pb) şi
  - Mg / vitamine ($B_1$, $B_6$, $B_{10}$, $B_{12}$, C, D, E);
- interrelaţii sinergice - Mg x minerale (Ca, P, Cr, K, Mn, Zn) şi
  - Mg x vitamine (A, $B_1$, $B_2$, $B_3$, C, E);
- interrelaţii endocrine - paratiroidele cresc Ca / Mg,
  - tiroida creşte Na / Mg,
  - suprarenala anabolică creşte Na / Mg şi Ca / Mg, iar
  - suprarenala catabolică creşte Na / Mg şi scade Ca / Mg,
  - pancreasul creşte Ca / Mg şi estrogenii cresc Ca / Mg;
- efectele medicamentelor - laxativele scad absobţia de Mg,
  - diureticele cresc eliminarea de Mg etc.

**④ Terapii metabolice (ortomoleculare) de adaptare / activare anti-stres**

**Caracterizare, specificitate, plurivalenţă**

Progresele ştiinţifice remarcabile ale ultimelor decenii în biologie, medicină şi terapie au dus la descoperirea şi **fundamentarea medicaţiei moderne anti-stres:**

- proprietăţi terapeutice anti-stres ale substanţelor nutritive (nutrienţi, nutriceutice);
- alimente medicament (de protecţie, detoxifiere, anti-tumorale, imunostimulare);
- medicaţia anti-oxidantă (anti-stres oxidativ, scavengeri, neutralizarea radicalilor liberi);
- proprietăţi anti-stres a numeroase produse naturale, plante medicinale, substanţe biologice şi metabolice;
- substanţe (sau funcţii) terapeutice noi - adaptogeni, modulatori (uni- / multi-funcţionali), inductori, integratori (alimentari / metabolici);

www.dacoromanica.ro

- terapii de activare cerebrală (neurometabolică ⊕ neurovasculară) anti-stres, anti-uzură, anti-îmbătrânire (decelerare a senescenței și inducerea longevității sănătoase ⊕ active).

**Terapiile moderne de adaptare și activare anti-stres / anti-patologie stres-dependentă** sunt terapii cauzale, specifice, personalizate, etio-patogenice, fundamentate de medicina funcțională, metabolică, naturistă, nutrițională și holistică, fiind terapii ortomoleculare, antioxidante, de detoxifiere, reglare și homeostaziante (1, 8, 15, 19, 20, 24).

Se evidențiază prin numeroase avantaje majore (14, 16, 17, 20, 23):

- sunt terapii de activare cerebrală, terapii cu acțiune simultană anti-stres și anti-îmbătrânire, terapii polivalente - antioxidante, nootrope, psihotone, energizante, trofice - cerebrale, hepatice și miocardice etc.;
- sunt integrate în sanogeneză, în medicina regenerativă și a longevității (sănătoase, active);
- nu prezintă efecte secundare, adverse și toxice;
- realizează o reechilibrare globală de la sistem psiho-neuro-endocrino-imunitar la organe efectoare și metabolisme;
- fac corecții homeostaziante multiple în dezechilibrele compensate / necompensate - bioelemente, vitamine, aminoacizi, aminoalcooli, amine biogene, coenzime-enzime și apărare antioxidantă (anti-stres oxidativ);
- elimină compușii toxici - activarea detoxifierii hepatice și a eliminării renale și intestinale;
- cresc adaptarea, rezistența, troficizarea, regenerarea și longevitatea.

**Rolul esențial al terapiei anti-stres este plurivalența (și implicit eficiența) homeostaziant-terapeutică a substanțelor anti-stres.** Astfel, următoarele clase de nutrienți, substanțe naturale, biologice și metabolice combat în mod natural și simultan: stresul (anti-stres), anxietatea (anxiolitice), depresiile (antidepresive) și insomniile (somnifere) –

- vitamine: $B_1$ (tiamina), $B_5$ (acid pantotenic), $B_6$ (piridoxină), $B_9$ (acid folic) $B_{12}$ (cobalamină), C (acid ascorbic - vitamina anti-stres), E (tocoferol), PP (sau $B_3$ - nicotinamidă);
- bioelemente: Mg (magneziu - mineralul anti-stres), Ca (calciu), Zn (zinc), Mn (mangan), Se (seleniu);
- aminoacizi: fenilalanina și tirozina (precursori pentru neurotransmițătorii cerebrali dopamină și noradrenalină - neuromediatorii sistemului nervos vegetativ simpatic), triptofan (precursor pentru serotonină);
- aminoalcooli: colina (factor lipotrop, hepatoprotector, constituent al fosfolipidelor și coenzimelor, precursor al acetil-colinei - neurotransmițătorul sistemului nervos vegetativ parasimpatic).

www.dacoromanica.ro

Importanța intervenției acestor substanțe anti-stres în tetrada: stres - anxietate - depresie - insomnie (anxietatea, depresia și insomnia fiind clasificate și ca patologie stres-dependentă și ca tulburări mintale - psihiatrice) rezultă:

- atât din faptul că fazele Sindromului general de adaptare (anti-stres) sunt cuplate cu ele - faza I de alarmă este însoțită de anxietate, iar faza III de epuizare este corelată cu depresia,
- cât și din faptul că vitamine ⊕ bioelemente acționează diferențiat, modulând cele 3 faze.

Putem exemplifica **complexitatea și specificitatea terapiilor moderne anti-stres** prin evidențierea grupurilor de vitamine și bioelemente implicate diferențiat în cele 3 faze succesive ale Sindromului de adaptare generală:

- faza I - alarmă - vitaminele C, D, E, $B_1$, $B_6$, $B_{12}$ și
  - bioelementele Ca, Cu, Co, Na, Se;
- faza II - rezistență - vitaminele C, A, $B_1$, $B_2$, $B_3$, $B_5$, $B_6$ și
  - bioelementele K, Zn, Mn, Fe, Mg;
- faza III - epuizare - vitaminele C, D, E, $B_1$, $B_6$, $B_{12}$, acid folic și
  - bioelementele Ca, Mg, Cu, Co, Se.

**Plurivalența terapiei anti-stres** este dovedită din intervenția comună a substanțelor nutritive / adaptogene anti-stres și în procesul de **detoxifiere hepatică (și renală)** neutralizând și eliminând produșii toxici rezultați și acumulați în organism, ca o consecință a agresionării prin stres și a „prețului" pe care individul „îl plătește" în adaptarea anti-stres.

**Faza I hepatică** este activată / modulată prin:

- nutrienți: vitaminele C, PP, $B_1$, $B_2$ și
- alimente: legume din familia crucifere (varză, varză de Bruxelles, broccoli, conopidă etc.), portocale, mandarine.

**Faza II hepatică** este activată / modulată diferențiat:

- metilarea prin:
  - aminoacizi / aminoalcooli - metionina, betaina, colina și
  - vitamine - $B_6$, acid folic, $B_{12}$
- conjugarea cu glutation prin:
  - nutrienți - glutation, N-acetil-cisteină, metionina, glicocol, Mg și
  - alimente - legume din familia crucifere;
- conjugarea cu aminoacizi / amine prin:
  - glicocol, taurină;
- conjugarea cu sulfat activ prin:
  - aminoacizi / amine - metionină, cisteină, taurină și
  - bioelemente - Mo;
- conjugarea cu acid glicuronic prin:
  - alimente - ulei de pește, cele care conțin limoneme;
- conjugarea prin acetilare prin:
  - acetil-CoA și
  - vitamine - C, $B_1$, $B_5$.

www.dacoromanica.ro

- stimulată prin extracte de plante: silimarina, catechine, acidul elagic sau glucozinaţi.

După personalizarea prin AMT a impactului stres → organism, se instituie:

- o **terapie anti-stres specifică** (fiecărui individ),
- **ortomoleculară** (de corectare cu substanţe naturale - biologice a metabolismelor / organelor dereglate) şi
- **holistică** (plurivalentă şi integrativă).

La nivelul anilor 2000, **terapiile moderne** şi **avansate anti-stres** (**şi implicit anti-uzură** şi **anti-îmbătrânire**) asigură o eficienţă numai dacă răspund următoarelor **criterii:**

- terapie individualizată, strict personalizată (prin WSP, AMT etc.);
- tratamente multi-cauzale (nu simptomatice) şi pluri-valente (reducere stresori ⊕ creşterea adaptării anti-stres ⊕ tratarea patologiei stres-dependente ⊕ detoxifierea organismului);
- terapie integrală (sistemică) la nivel bio-psiho-social (cum funcţionează omul şi cum agresionează stresul);
- monitorizarea periodică a cuplurilor antagonice: stres / anti-stres şi patologie stres-dependentă / terapii adaptogene (cu periodicitate cel puţin anuală prin - de ex. WSP ⊕ AMT etc. ).

**Ⓢ Sănătate mintală şi managementul anti-stres**

Nivelurile psiho-social, psiho-nervos şi psiho-somatic (evaluate - cuntificate specific prin WSP etc.), care indică nivelul stresorilor (agresiuni multiple, cumulative şi simultane), stilul de viaţă / modul de viaţă stresant (anti-sanogenetic = patogenetic), reacţiile mal-adaptative (greşite, ineficiente şi cu potenţial patogen ridicat) trebuie corectate, adică „însănătoşite" prin urmarea conştienţă şi consecventă a **strategiilor anti-stres.**

Se realizează **managementul eficient / controlul disstresului,** transformarea disstresului (incapacitant) în eustres (energizant), prin (auto) programe organizaţionale, raţionale de optimizare a sanogenezei - rezistenţei - adaptării şi dezvoltare a stilului / modului de viaţă sanogenetic anti-stres şi prin terapie cognitiv-comportamentală, în fapt **antrenement cognitiv de adaptare la stres** (4, 7).

Se modulează conştient cele 3 faze ale Sindromului de adaptare generală; se identifică, dezvoltă şi antrenează formele de adaptare eficientă anti-stres; se crează rezerve şi strategii proprii adaptaţionale în planurile cognitiv-emoţional-voliţional-comportamental (v. capitolul 6 anterior).

Prin mărirea rezistenţei psihice, prin acumularea de rezerve - în sensul resurselor şi experienţei, prin optimizarea - antrenarea adaptării neuro-psiho-sociale (3 mecanisme fundamentale anti-stres), individul îşi (auto) promovează sanogeneza în general şi sănătatea mintală în special.

www.dacoromanica.ro

În acest mod, **binomul constructiv (formator dinamic) învățare ⇔ antrenament** raportat performanțial semnifică:

- **la sportiv** antrenarea muşchilor / creşterea capacității de efort fizic,
- **la creier** înseamnă antrenarea „muşchiului" creierului / terapia de activare cerebrală / mărirea capacității de efort intelectual - profesional, iar
- **la stres** reprezintă antrenarea „muşchiului" anti-stres / sporirea capacității de adaptare anti-stres / antrenament (cognitiv-emoțional-volitiv-comportamental) de adaptare la stres.

Binomul constructiv învățare ⇔ antrenament reprezintă un sistem bipolar formator de experiență, strategii, soluții şi creativitate cu finalitate - eficiență sinergice în creşterea rezistenței, resurselor, adaptării, randamentului şi performanțelor.

**Terapii de adaptare anti-stres cu magneziu (Mg)**

Un rol central în terapiile ortomoleculare anti-stres îl are **terapia cu Mg.**

Interrelațiile agravante stres ⇔ deficit de Mg (vulnerabilitate la stres) ⇔ bolile deficitului de Mg (patologie stres-dependentă şi care răspunde foarte favorabil la terapia cu Mg) au fost prezentate în sinteză anterior. Mg (alături de K) este în proporție de 99% cation intracelular. De aceea, dozarea plasmatică a Mg (supus unei severe homeostazii) este total irelevantă pentru diagnosticul deficitului de Mg celular / tisular / din organe, care în sânge este deseori normal şi uneori aparent paradoxal crescut, în condițiile în care depozitele au carență de Mg.

Din nou se evidențiază importanța deosebită pentru diagnosticul corect şi tratamentul cauzal anti-stres al AMT (atât pentru Mg, cât şi pentru celelalte cca. 40 elemente).

**Mg** este un **bioelement** (mineral, macronutrient) **fiziologic anti-stres,** cu **acțiune primară anti-stres** - diminuă secreția de adrenalină stimulată de stres şi **secundară anti-stres** - cation neuro-sedativ, de refacere energetică, limitează activitatea sistemului neuro-excitator, şi (mio)cardioprotector, antispastic, vasodilatator, ca antagonist fiziologic al Ca, care creşte consumul energetic.

**Terapia etio-patogenică (anti-stres) cu Mg a fost diversificată şi asociată cu alți nutrienți** pentru creşterea eficienței, o mai mare individualitate de organ / sistem şi pentru mărirea spectrului terapeutic (selecție din cele mai eficiente şi utilizate produse):

- Lactat de **Mg** (48,0 mg Mg / 1 drajeu) ⊕ **Vitamina $B_6$** (5 mg / 1 drajeu) - asociere pentru creşterea absorbției, intrarea, fixarea şi menținerea în depozite şi acțiuni multiple metabolice intracelulare sinergice Mg x $B_6$, mai ales de activare enzimatică, sinteză energie, transportul activ al aminoacizilor, sinteza proteinelor;

  cu efecte anti-stres primare şi secundare în relaxare musculară, sedare / protecție psihonervoasă, protecție cardiacă şi hepatică;

www.dacoromanica.ro

- Orotat de **Mg** (32,8 mg Mg / 1 comprimat) ⊕ conţine **Acid orotic** (sau Vitamina $B_{13}$, precursorul comun al bazelor azotate nucleice pirimidinice) - asociere cu efecte multiple metabolice intracelulare sinergice Mg x acid orotic, mai ales în stimularea sintezei de ARN, proteine, enzime, lipide complexe cu P şi S şi reconstrucţie energetică (ATP celular şi glicogen miocardic ⊕ hepatic);
  cu efecte adaptogene anti-stres, protecţie cardio-cerebro-vasculară şi hepatică, normo-lipemiant;
- Gluconolactat de **Mg** (4,0 mg Mg / 1 fiolă) ⊕ şi **Ca** (8,0 mg / 1 fiolă) - asociază efectele homeostaziante şi complementare ale Ca;
  cu precădere în deficitele comune de Ca şi Mg, ca anti-alergic, în tetanie, spasmofilie, tulburări spastice ale muşchilor netezi / striaţi.

**Terapii de apărare anti-oxidante (contra stresului oxidativ)**

Un progres deosebit în cadrul terapiilor anti-stres l-a realizat **terapia anti-oxidantă,** în fapt **anti-stres oxidativ (scavenger,** anti-radicali liberi), care este o terapie ortomoleculară homeostaziantă ce acţionează plurivalent în cele 4 sisteme de reglare / integrare (psihic - nervos - endocrin - imunitar), în organe - ţesuturi şi la nivelul celulelor - metabolismelor.

Terapia anti-oxidantă reprezintă rezolvarea terapeutică (fenomenul pozitiv) în etio-patogeneza provocată de radicalii liberi - stresul oxidativ - bolile radicalilor liberi (fenomenul negativ).

În urmă cu peste 50 ani, în 1956 prof. dr. D. Harman a publicat **„Teoria radicalilor liberi în îmbătrânire",** care prin descoperirile ulterioare a devenit **„Teoria radicalilor liberi în stres (psihic, biologic, oxidativ), îmbătrânire şi patologie (boli)",** (6).

La începutul anilor '70, Dr. S. Riga şi Dr. D. Riga s-au numărat printre cei care au fundamentat în ştiinţă şi medicină terapia anti-oxidantă, terapie larg utilizată în întreaga lume la nivelul anilor '90 - 2000. Studiile avansate au fost prezentate în 1972 - o serie, la Al 9-lea Congres Mondial de Gerontologie (12) şi altă serie a fost publicată în 1974 - în Revista internaţională Brain Research - organul oficial al IBRO - International Brain Research Organization (13, 15, 20).

**Latura etio-patogenică a stresului oxidativ (dublu dezechilibru)** trebuie diagnosticată bidirecţional:

- prin dozarea produşilor de oxidare-peroxidare, crescuţi faţă de normal şi
- prin evaluarea capacităţii / apărării anti-oxidante, scăzută faţă de normal - în stres (acut - cronic, psihic - biologic), în îmbătrânire (normală - patologică), în boli (mai ales degenerative şi cancer).

**Terapia anti-oxidantă corectează eficient ambele dezechilibre** provocate de disstres, inclusiv de disstresul oxidativ. Avantajele sale remarcabile sunt date de multivalenţa terapeutică: în stres şi patologia stres-dependentă, atero- şi arterioscleroză, boli cerebro-cardio-vasculare, boli endocrino-metabolice (diabet, dislipidemii), boli degenerative (psihice, nervoase, reumatice), imunitate scăzută şi

www.dacoromanica.ro

cancer, decelerarea îmbătrânirii etc. De aceea, importanţa sa a fost definită prin sintagma „revoluţia antioxidantă".

De fapt, terapia anti-oxidantă reface - susţine - protejează capacitatea / apărarea / supravegherea / „arsenalul" anti-oxidant (anti-stres oxidativ) natural, normal al organismului (de la metabolisme la celule, în sânge şi în organe) şi este organizată ca o adevărată „armată" de apărare contra unui „duşman deosebit de agresiv": atacul radicalilor liberi / agresiunea metabolică a disstresului oxidativ.

Prezentăm în sinteză mijloacele diversificate de **apărare anti-oxidantă exogene** (hrană, nutrienţi, promedicamente şi medicamente naturale / de sinteză):

- **bioelemente:**
  - **seleniu (Se)** - anorganic (selenit) şi organic (Se-metionină, Se-cisteină, drojdie cu Se);
  - **zinc (Zn)** - anorganic (sulfat) şi organic (gluconat, aspartat, orotat);
- **vitamine:**
  - **vitamina C** - acid ascorbic, vitamina anti-stres, unul din cei 5 anti-oxidanţi esenţiali, creşte nivelul glutationului în sânge şi este un nutrient poli-valent: traversează uşor bariera hemato-encefalică / sânge-creier, se concentrează în creier, catalizează biosinteza neurotransmiţătorilor cerebrali, modulează activitatea bioelectrică a creierului, îmbunătăţeşte performanţele cognitive la orice vârstă;
  - **vitamina E** - tocoferoli, vitamina protectoare / anti-oxidantă a creierului, deoarece creierul este foarte bogat în grăsimi - 60% din greutatea sa uscată, un foarte eficient anti-oxidant care opreşte reacţiile în lanţ / cascada radicali liberi ⇒ distrugeri oxidative;
    este de remarcat că prof. dr. C. I. Parhon a demonstrat încă din anii '50 rolul remarcabil anti-îmbătrânire şi de inducere a longevităţii al vitaminei E, „redescoperit" de americani la nivelul anilor '80;
- **acidul α-lipoic:**
  - prin proprietăţi şi funcţii un „superanti-oxidant", „anti-oxidantul anti-oxidanţilor", esenţial şi indispensabil pentru sanogeneza şi longevitatea creierului;
  - este un anti-oxidant complet lipo ⊕ hidro-solubil, fapt pentru care străbate bariera hemato-encefalică şi oferă o dublă protecţie anti-oxidantă - atât în mediul lipidic cât şi în mediul apos, regenerează / reciclează cei 4 anti-oxidanţi esenţiali şi în plus se auto-regenerează;
- **coenzima $Q_{10}$** (ubiquinonă):
  - un compus ubiquitar (prezent în toate celulele vegetale şi animale) - nutrient cvadri-funcţional - inductor energetic mitocondrial (creşte producţia / rezervele de ATP) ⊕ anti-oxidant esenţial / bazal (unul dintre cei 5 esenţiali) ⊕ regenerează vitamina E (altul dintre cei 5 esenţiali) ⊕ protector al organelor puternic energetice (creier, inimă, ficat, rinichi);
  - scade în stress, îmbătrânire şi tratamente cu hipocolesterolemiante / hipolipemiante;

www.dacoromanica.ro

- **bogăția diversificată de anti-oxidanți vegetali** (din fructe, legume, zarzavaturi):
  - carotenoizi (β caroten, α caroten, licopen, luteină, zeaxantină);
  - polifenoli / flavonoizi - glicozizi (rutozid - vitamina P), hesperidină, cuercitină, apigenină;
  - antocianine etc.;
- **substanțe donatoare de grupări –SH** (reduse, anti-oxidante, terapie fundamentată în anii '60 de prof. dr. S. Oeriu) - aminoacizi cu sulf și derivați: cisteină, N-acetil cisteină, acid tiazolidin carboxilic, metionină, S-adenozil metionină, glutation (11);
- **terapii de activare cerebrală:**
  - neurometabolică - neurovasculară, scavenger - anti-oxidantă - lipofuscinolititică / anti-stres, anti-uzură, anti-îmbătrânire (16, 17, 19);
  - procaină (prof. dr. A. Aslan), piracetam (prof. dr. C. Giurgea); meclofenoxat, piritinol, precursori / derivați de colină; acid nicotinic (vitamina PP), pentoxifilin, Ginkgo biloba etc. (20).

Rolul terapiilor anti-stres oxidativ este **asigurarea funcționării „rețelei anti-oxidante" fundamentale a organismului uman:** cei 5 anti-oxidanți esențiali (acid α-lipoic, vitamina E, vitamina C, glutation, coenzima $Q_{10}$), care se auto-potențează reciproc, acționează sinergic, se regenerează reciproc și oferă protecție completă anti-oxidantă.

**Medicina modernă a stresului, promovarea sănătății mintale și biologice, diagnosticul integrat** psiho-neuro-endocrino-metabolic și **terapia holistică ortomoleculară de adaptare anti-stres** - care devine implicit și terapie **anti-uzură ⊕ pro-longevitate (anti-îmbătrânire)** se înscriu în **dimensiunea sanogenetică (biologică și mintală) și profilactică** - atât de dorite de fiecare individ și societate modernă.

**Bibliografie selectivă**


1. Bloom, F. E., Kupfer, D. J. (eds.), *Psychopharmacology. The Fourth Generation of Progress,* Raven Press, New York, NY, 1995.
2. Chrousos, G. P., Gold, P. W., The concept of stress system disorders: overview of behavioural and physical homeostasis, *Journal of the American Medical Association,* 267: 1244-1252, 1992.
3. Cutler, R. G., Rodriguez, H. (eds.), *Critical Reviews of Oxidative Stress and Aging. Advances in Basic Science, Diagnostics and Intervention,* Vols. 1 and 2, World Scientific Publ., River Edge, NJ, 2003.
4. Davidson, J., *The Complete Guide to Managing Stress,* Alpha Books, New York, NY, 1997.
5. Dierich, J. -F., Frippiat, C., Salmon, M., Chainiaux, F., Toussaint, O., Stress, cells and tissue aging, pp. 101-125. In: S. I. S. Rattan (ed.), *Modulating Aging and Longevity,* Kluwer Acad. Publ., Dordrecht, NL, 2003.

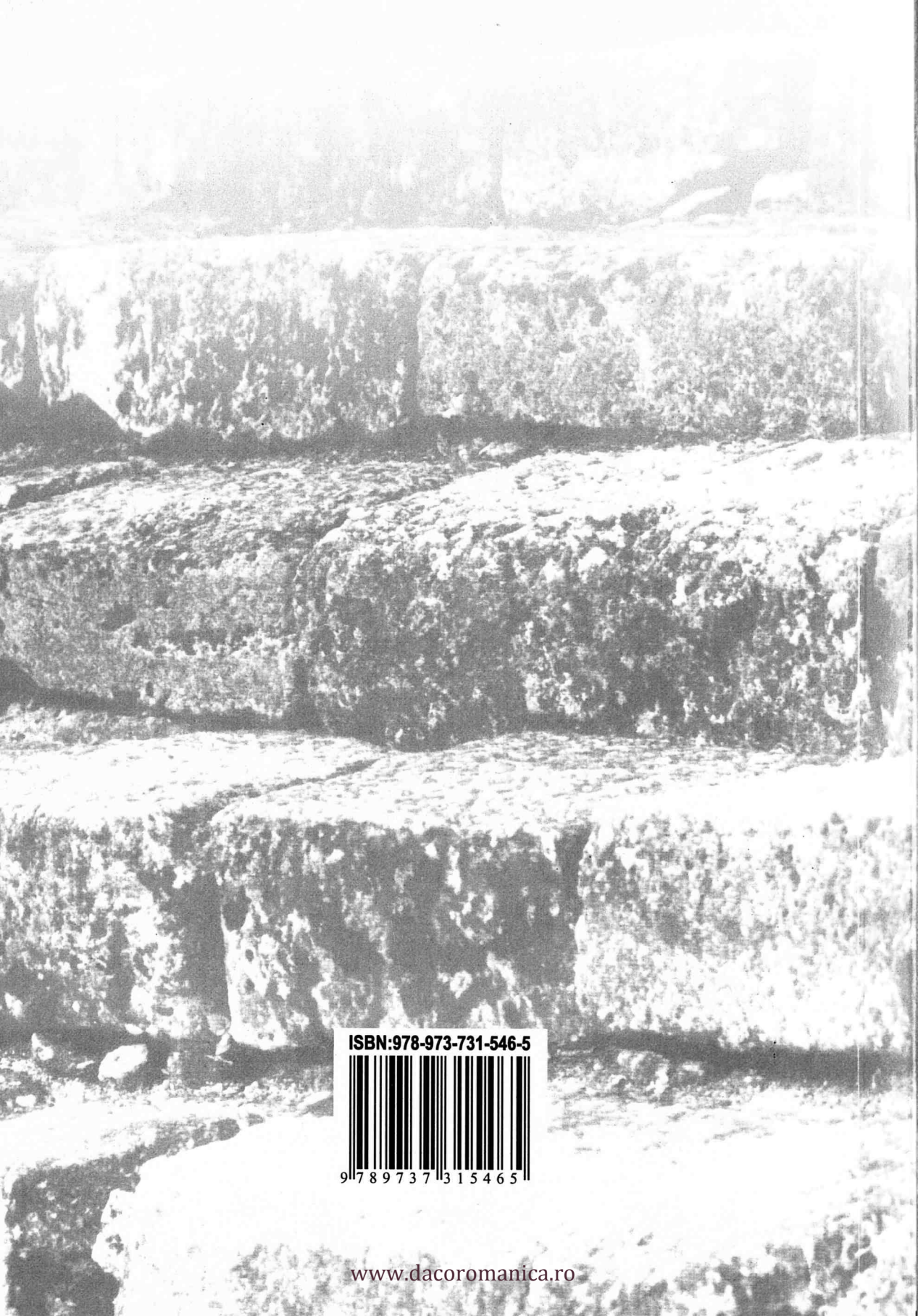

www.dacoromanica.ro

6. Harman, D., Free radicals and age-related diseases, pp. 205-222. In: B. P. Yu (ed.), *Free Radicals in Aging,* CRC Press, Bocca Raton, FL, 1993.
7. Horowitz, M. J., *Treatment of Stress Response Syndromes,* American Psychiatric Publ., Washington, DC, 2003.
8. Le Bourg, E., Antioxidants as modulators, pp. 183-203. In: S. I. S. Rattan (ed.), *Modulating Aging and Longevity,* Kluwer Acad. Publ., Dordrecht, NL, 2003.
9. Nechifor, M., Porr, P. J. (eds.), *Magnesium: Involvements in Biology and Pharmacotherapy,* Ed. Casa Cărţii de Ştiinţă, Cluj-Napoca, RO, 2003.
10. Norris, F. H., Uhl, G. A., Chronic stress as a mediator of acute stress: the case of hurricane Hugo, *Journal of Applied Social Psychology,* 23: 1263-1284, 1993.
11. Oeriu, S., Oeriu, I., *Grupările tiolice şi rolul lor în biologie,* Ed. Academiei Române, Bucureşti, 1977.
12. Riga, S., Pambuccian, G., Oeriu, S., Changes in lipofuscin pigments of rat central nervous system under –SH groups' releasing substances' influence, *9th International Congress of Gerontology,* Abstracts, 3: 383, Kiev, USSR. July 2-7, 1972.
13. Riga, S., Riga, D., Effects of centrophenoxine on the lipofuscin pigments in the nervous system of old rats, *Brain Research,* 72: 265-275, 1974.
14. Riga, S., Riga, D., Nootropic antioxidative therapy in stress, aging and related disorders. II. Clinical review-1998, *2nd World Cong. Stress,* Book of Abstracts and CD-ROM (Conference Proceedings), Abstract no. 0146, Melbourne, Australia, 1998.
15. Riga, S., Riga, D., Terapii moderne de activare cerebrală anti-stres şi anti-îmbătrânire, pp. 415-440. In: D. Prelipceanu, R. Mihailescu, R. Teodorescu (eds.), *Tratat de Sănătate Mintală,* vol. 1, Ed. Enciclopedică, Bucureşti, 2000.
16. Riga, D., Riga, S., Schneider, F., Regenerative medicine: Antagonic-Stress® therapy in distress and aging. I. Preclinical synthesis - 2003, pp. 396-400. In: A. D. N. J. de Grey (ed.), *Strategies for Engineered Negligible Senescence. Why Genuine Control of Aging May Be Foreseeable,* Ann. New York Acad. Sci., vol. 1019, New York Academy of Sciences, New York, NY, 2004.
17. Riga, S., Riga, D., Schneider, F., Prolongevity medicine: Antagonic-Stress® drug in distress, geriatrics and related diseases. II. Clinical review - 2003, pp. 401-405. In: A. D. N. J. de Grey (ed.), *Strategies for Engineered Negligible Senescence. Why Genuine Control of Aging May Be Foreseeable,* Ann. New York Acad. Sci., vol. 1019, New York Academy of Sciences, New York, NY, 2004.
18. Riga, D., Riga, S., Hălălău, F., Schneider, F., Lipofuscin and ceroid pigments - markers of normal and pathological brain aging, pp. 213-222. In: R. Klatz, R. Goldman (eds.), *Anti-Aging Therapeutics,* vol. 8, American Academy of Anti-Aging Medicine, Chicago, IL, 2006.

www.dacoromanica.ro

19. Riga, D., Riga, S., Hălălău, F., Schneider, F., Neurono-glial mechanisms in brain protection, aging deceleration and neuro-psycho-longevity, pp. 223-235. In: R. Klatz, R. Goldman (eds.), *Anti-Aging Therapeutics,* vol. 8, American Academy of Anti-Aging Medicine (A4M), Chicago, IL, 2006.
20. Riga, D., Riga, S., *Medicina anti-îmbătrânire şi ştiinţele longevităţii,* Ed. Cartea Universitară, Bucureşti, 2007.
21. Theorel, T. (ed.), *Everyday Biological Stress Mechanisms,* Advances in Psychosomatic Medicine, 22: 1-155, Karger, Basel, 2001.
22. Watts, D. L., *Trace Elements and other Essential Nutrients. Clinical* Application *of Tissue Mineral Analysis,* Trace Elements, Dallas, TX, 1995.
23. Werbach, M. R., *Nutritional Influences on Mental Illness. A Sourcebook of Clinical Research,* Third Line Press, Tarzana, CA, 1991.
24. Werbach, M. R., *Foudations of Nutritional Medicine. A Sourcebook of Clinical Research,* Third Line Press, Tarzana, CA, 1997.

www.dacoromanica.ro



ISBN:978-973-731-546-5

9 789737 315465

www.dacoromanica.ro